DU

SOMMEIL NON NATUREL

SES DIVERSES FORMES

DU

SOMMEIL NON NATUREL

SES DIVERSES FORMES



PAR

HENRI BARTH

MÉDECIN DES HOPITAUX

THÈSE PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGREGATION
(Section de pathologie interne et de médecine légale).

PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'École de Médecine

1886

TABLE DES MATIÈRES.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succr, impr. de la Fac. de méd.,
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

DU

SOMMEIL NON NATUREL

SES DIVERSES FORMES

AVANT-PROPOS.

On nous demande une thèse sur les diverses formes du sommeil non naturel. Que faut-il entendre par cette expression : sommeil *non naturel?* Telle est la question que nous avons dû nous poser dès le début de ce travail, et qui n'a pas laissé de nous causer un certain embarras.

On peut comprendre sous le nom de sommeil non naturel tous les sommeils artificiels, médicamenteux et toxiques; il faudrait donc étudier les moyens de faire dormir, les effets physiologiques des substances narcotiques et anesthésiques et leur emploi en médecine; faire en un mot une thèse de thérapeutique expérimentale.

On pourrait encore qualifier de sommeil non naturel toutes les modifications du sommeil dans les maladies :

l'insomnie des fébricitants, le cauchemar des états cérébraux, le coma des toxémies; c'est là un vaste sujet, où la pathologie générale occupe une place prépondérante.

Enfin, lorsqu'on parle de sommeil non naturel, il est impossible de ne pas songer tout de suite au sommeil nerveux, aux phénomènes de l'hypnose et du somnambulisme, dont l'étude a fait de si grands progrès dans ces derniers temps, et dont les manifestations variées sont aussi intéressantes pour le médecin que pour le philosophe.

Voilà donc trois sujets, aussi vastes que différents, qui peuvent être rangés sous la formule que le sort nous impose. Fallait-il entreprendre de les traiter tous les trois? Nous ne l'avons pas pensé. Sans parler de l'impossibilité matérielle de remplir un pareil cadre dans le temps très court dont nous disposions, il nous a semblé qu'en interprétant de la sorte la question posée nous méconnaîtrions l'intention de nos juges, qui attendent de nous autre chose qu'une compilation de faits disparates.

Comment est conçu le titre de notre thèse? Des *diverses formes* du sommeil non naturel. Or, que peut-on entendre par les formes, si on n'envisage pas le sommeil non naturel comme une entité pathologique, capable de présenter des modalités diverses, mais conservant néanmoins dans ses manifestations une certaine unité, un certain ensemble? Or, précisément les formes pathologiques du sommeil nerveux, et ses formes expérimentales, constituent un groupe de faits cliniques dont le rapprochement s'impose et dont l'étude jusqu'alors très peu avancée a pris depuis quelques années un développement considérable.

N'est-ce pas là le sujet véritable qu'on nous demande de traiter? Cette interprétation d'un programme un peu vague nous paraît légitime, et nous l'adoptons avec d'autant plus d'empressement qu'elle va nous permettre de

conserver une certaine unité à notre travail, de lui laisser le caractère qu'il doit avoir : celui d'une *thèse*, c'est-à-dire, selon le sens du mot grec, d'une proposition pouvant être soutenue.

Nous userons donc de la liberté qui nous est laissée, et nous prendrons comme sujet capital de cette étude le *sommeil pathologique* envisagé successivement dans ses formes spontanées et dans ses formes expérimentales ; nous tâcherons de coordonner les notions qui existent dans la science sur cette matière neuve et intéressante s'il en fut, et de mettre en pleine lumière les résultats considérables acquis depuis quelques années, principalement grâce aux travaux de l'Ecole de la Salpêtrière.

En abordant la question par ce côté, nous ne nous dissimulons pas les difficultés qui nous attendent ; nous allons (dans la première partie surtout) rencontrer à chaque pas des faits obscurs, mal étudiés et mal compris, des observations défigurées par le charlatanisme ou faussées par le préjugé, des théories psychologiques ou soi-disant telles, que le médecin habitué aux idées concrètes n'aborde jamais sans une méfiance instinctive. Nous comptons sur l'indulgence de nos lecteurs, qui voudront bien se rappeler que le temps nous est mesuré avec parcimonie et qu'une thèse écrite en quelques semaines ne saurait avoir la maturité d'un ouvrage médité à loisir.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à exprimer notre respectueuse reconnaissance à M. le professeur Charcot, dont les conseils et les encouragements nous ont dirigé et soutenu dans notre travail ; sans l'appui de ce maître éminent, nous aurions peut-être faibli sous la tâche ; c'est son approbation qui nous a donné le courage de l'accomplir jusqu'au bout.

Nous remercierons également MM. les D[rs] Féré, médecin-adjoint de la Salpêtrière et P. Richer, qui ont mis à

notre disposition leur expérience consommée des pratiques de l'hypnotisme ; enfin nous n'avons garde d'oublier les nombreux amis qui ont bien voulu nous seconder dans le fastidieux travail des recherches bibliographiques.

INTRODUCTION.

Pendant près d'un tiers de sa vie l'homme est plongé dans un état que les Anciens ont appelé l'Image de la mort, mais qui ne lui ressemble pas plus qu'une rivière aux eaux calmes ne ressemble à la nappe immobile d'un étang: cet état est le sommeil, problème biologique dont l'étude occupera longtemps encore les physiologistes et les philosophes.

Né de la fatigue des organes, le sommeil est le réparateur par excellence et la vie ne saurait résister à la privation de sommeil plus qu'à la privation d'aliments. Chaque jour, à une heure marquée par l'habitude, mais qui peut être modifiée par une foule de causes accidentelles, le *besoin de sommeil*, sensation interne vague comme celles de la faim et de la soif, se manifeste chez l'homme bien portant: une sensation de poids sur les paupières supérieures, un spasme des muscles sous-hyoïdiens conduisant au bâillement, une lourdeur de la tête et des membres, un obscurcissement progressif de l'intelligence, un engourdissement de la sensibilité générale et des sens spéciaux, une paresse croissante des muscles volontaires, sont les premiers symptômes de l'approche du sommeil. Si l'homme, par un effort de sa volonté, réagit contre la torpeur qui l'envahit, s'il secoue ses membres et rassemble ses facultés, le besoin de dormir peut céder pour un temps plus ou moins long, mais tôt ou tard il reparaît plus impérieux. L'attention alors se distrait, la pensée se ralentit, les yeux se ferment, les sens peu à peu se paralysent et cessent d'être accessibles aux excitations extérieures, les muscles entrent en résolu-

tion et le corps, abandonné aux lois de la pesanteur, cherche la position horizontale. Quand il l'a trouvée, une détente générale se fait dans l'organisme, annonçant le commencement du repos; la respiration se ralentit, devient régulière et profonde, le cœur diminue l'énergie et le nombre de ses battements, la température générale du corps s'abaisse : le sommeil est complet. Si une excitation anormale ne vient pas l'interrompre il durera jusqu'au moment où les organes, réparés dans leur substance et dans leur excitabilité, rentreront d'eux-mêmes dans l'état actif.

Quelle est la cause organique du sommeil? Longtemps les physiologistes et les médecins, se basant sur des expériences forcément incomplètes, l'ont cru produit par des modifications de la circulation cérébrale, et les théories de la congestion et de l'anémie, défendues avec un zèle égal, se sont partagé la faveur publique. Mais si l'irrigation sanguine se ralentit en effet pendant le sommeil (comme l'a démontré Mosso à l'aide du pléthysphygmographe), il est à peu près prouvé aujourd'hui que cette anémie est secondaire et qu'elle succède au repos fonctionnel de l'organe, tout comme dans les vaisseaux des glandes la congestion ou l'anémie succède aux variations de l'activité sécrétoire. La cause du sommeil doit donc être cherchée ailleurs.

On s'accorde assez généralement à mettre en cause un trouble primitif de l'activité de la cellule nerveuse, un arrêt momentané des échanges dont elle est le théâtre, une sorte d'asphyxie, selon l'expression de Pflüger. Mais on est peu d'accord sur le mécanisme de cette asphyxie. D'après Kohlschütter (1) elle serait due à l'épuisement momentané des principes oxydables dans le protoplasma cellulaire et le repos du sommeil aurait pour effet princi-

(1) Kohlschütter. Die Mekanik des Schlafes. Zeitschr. für rationn. Med. Bd. 34. S. 42, 1869.

pal de permettre à la cellule nerveuse de reconstituer ses réserves aux dépens du courant sanguin ralenti. Preyer (1) au contraire attribue la fatigue nerveuse, cause du sommeil, à l'accumulation dans la substance cellulaire des déchets de la nutrition, et notamment des lactates, dont la présence empêcherait les processus d'oxydation interstitielle nécessaires au maintien de l'activité cérébrale; il y aurait un véritable empoisonnement.

Laquelle de ces deux théories se rapproche le plus de la vérité? Les recherches de M. le professeur Bouchard sur la toxicité des urines vont peut-être nous l'apprendre. Dans une série d'expériences dont il a bien voulu nous communiquer verbalement les résultats, l'éminent observateur, partageant la journée de vingt-quatre heures en trois périodes égales (de 8 h. du matin à 4 h. du soir, de 4 h. à minuit et de minuit à 8 h. du matin), a constaté que la toxicité des urines, égale à 7 pendant la première période (de la veille), tombe à 5 pendant la seconde et à 3 pendant la troisième qui est celle du sommeil. De plus les effets toxiques ne sont pas les mêmes pendant les trois phases: tandis que le poison de l'urine du jour est narcotisant, celui de l'urine de la nuit est convulsivant.

Ces faits sont du plus haut intérêt: non-seulement ils apportent un puissant argument à l'appui de l'hypothèse qui attribue le sommeil à une sorte d'intoxication des éléments nerveux, mais ils semblent révéler que l'organisme, tout en restaurant l'excitabilité cérébrale, prépare en lui-même le moyen de la remettre en jeu. Ce sujet prêterait à de longs développements, mais nous ne pouvons y insister. D'ailleurs, si la théorie toxique peut servir à expliquer la production du sommeil naturel, nous verrons plus loin qu'elle ne saurait être invoquée pour rendre compte des phénomènes du sommeil pathologique. Hâ-

(1) Preyer. Die Ursache des Schlafes. Stuttgart., 1877.

tons-nous donc d'arriver à une question qui est en rapport plus direct avec notre sujet: à l'état des fonctions pendant le sommeil.

Elles ne dorment pas toutes au même degré. D'abord les fonctions organiques, bien que ralenties, continuent à s'accomplir avec une grande régularité : la digestion des aliments, l'absorption intestinale, les sécrétions salivaire, biliaire, urinaire, la respiration, la circulation et l'hématose ne subissent pas un instant d'arrêt; l'activité des échanges organiques est, il est vrai, modifiée, la nutrition devient moins active, les processus d'oxydation diminuent d'intensité, mais la production de la chaleur animale reste presque la même qu'à l'état de veille, et si la température du corps s'abaisse, c'est tout au plus de quelques dixièmes de degrés.

Les fonctions de relation subissent une interruption beaucoup plus marquée : les muscles volontaires sont généralement inactifs, mais ils ne sont nullement paralysés et leur excitabilité réflexe diffère peu de l'état normal. La sensibilité générale est obtuse et ne réagit qu'à une excitation un peu vive; les sens, bien qu'ils ne soient pas fermés d'une manière absolue, demeurent pourtant indifférents à la plupart des impressions extérieures.

Quant aux fonctions cérébrales proprement dites, elles sont très inégalement modifiées. La volonté est absente, les facultés de raisonnement sont très affaiblies, le jugement fait presque entièrement défaut. En revanche la mémoire, et l'imagination qui lui est unie par tant de liens, non seulement n'est pas toujours abolie, mais jouit souvent d'une activité bien supérieure à l'état normal : une foule d'images plus ou moins confuses s'éveillent dans le cerveau, se croisent, se poursuivent et se combinent de mille manières. Pendant ce temps le sentiment du *moi* est rarement tout à fait obscurci, mais une partie des liens qui rattachent entre elles les diverses fonctions

cérébrales sont rompus, et la conscience flotte indécise au milieu du désordre des idées qu'elle ne gouverne plus.

La dissociation des activités fonctionnelles pendant le sommeil physiologique nous explique la production des rêves, ces conceptions chimériques, délirantes, qui existent souvent, peut-être toujours, dans l'esprit de l'homme endormi et dont le souvenir est parfois assez net au moment du réveil pour permettre à l'observateur attentif de les reconstituer dans tous leurs détails.

Comme le dit excellemment Alfred Maury (1) dans son livre bien connu « les rêves naissent du conflit des facultés intellectuelles, inégalement développées pendant le sommeil; leur variété tient à ce que certaines fonctions du cerveau peuvent rester éveillées et acquérir même par la somnolence des autres un plus haut degré d'activité. » Ces facultés qui s'exaltent pendant le sommeil, c'est d'ordinaire la mémoire et l'imagination ; en même temps, nous l'avons dit, l'attention, la réflexion, la volonté sont engourdies. Alors les images nées du souvenir et celles qui sont transmises plus ou moins confusément par les sens endormis, prennent immédiatement une importance, un relief extraordinaires : ce sont d'abord des hallucinations de la vue et de l'ouïe, qui se produisent pendant la transition de la veille au sommeil et qui ont reçu d'Alfred Maury le nom d'hallucinations hypnagogiques. En un clin d'œil, le temps de fermer les paupières et de laisser tomber la tête sur la poitrine, le monde extérieur a disparu, et dans l'esprit, qui n'est plus distrait par l'action des sens, des images se développent, si colorées et si vivantes, que le cerveau, par une extérioration singulière, les transforme en perceptions véritables. Vienne le sommeil proprement dit, le désordre psychique est encore plus grand, si complet même que

(1) A. Maury. Le sommeil et les rêves, 3e édition. Paris, 1865.

Maury a pu, sans forcer les analogies, appeler le rêve une folie momentanée. Des souvenirs perdus surgissent et revivent, mais déformés et démesurément grossis ; à des impressions sensorielles vagues succèdent des sensations disproportionnées ; images et sensations se combinent en une fantasmagorie où les notions de temps, de lieu, de personnes disparaissent. Cependant le faible raisonnement qui persiste encore cherche à se retrouver dans tout ce désordre ; avec une logique grossière, il relie entre elles ces conceptions fantastiques et ainsi sont créées des visions dont l'étendue, la variété et l'incohérence témoignent d'un jugement aussi faible que l'imagination est surexcitée.

Cette exaltation de certaines fonctions au détriment des autres, que nous venons de constater dans le sommeil avec rêves, nous allons la retrouver encore plus manifeste dans certaines formes du sommeil pathologique. Mais pour comprendre ce qui se passe alors, il faut se rappeler la théorie ingénieuse développée par Brown-Séquard, relativement aux réactions réciproques des centres nerveux. « Qu'un centre nerveux soit anormalement surexcité », dit le savant professeur du Collège de France, « il pourra réagir sur d'autres centres en connexion avec lui, soit en les excitant à leur tour (par dynamogénie), soit en les frappant d'une sorte de stupeur (par inhibition). »

Or, qu'on suppose l'activité de l'imagination et de la mémoire, déjà si manifeste dans le rêve ordinaire, portée à une puissance encore plus haute, cette activité se communiquera aux centres moteurs et engendrera non plus seulement des images, mais des actes en rapport avec les conceptions évoquées par ces images : on aura le noctambulisme ou rêve en action. — Que l'excitation soit d'un degré plus forte, elle aura pour résultat de réveiller non seulement la motilité, mais les organes des sens ; en

même temps la sensibilité générale pourra être complètement anéantie : on aura ce paradoxe étrange du somnambule qui distingue dans une obscurité presque complète les moindres objets relatifs à son rêve, qui donne maintes preuves du toucher le plus délicat, et qui ne sent ni les piqûres ni aucune des excitations cutanées par lesquelles on s'efforce de le réveiller. — Encore un degré de plus, et les fonctions intellectuelles pourront se mettre à leur tour en mouvement, le sujet agira, parlera, raisonnera comme à l'état de veille, mais la volonté consciente demeurant paralysée, il ne sera qu'un automate livré sans défense aux impulsions sensorielles, et, comme dans les formes précédentes, une amnésie complète après le réveil trahira le trouble profond qui a régné dans ses facultés pendant la crise : c'est le singulier état que Carpenter a désigné sous le nom de cérébration inconsciente, et dont le type le plus parfait nous est fourni par *l'absence* qui succède parfois au vertige épileptique.

Mais d'autres cas peuvent se présenter : cette activité cérébrale, qui ne s'endort jamais complètement dans le sommeil normal et que nous venons de voir exaltée démesurément dans certaines formes de sommeil pathologique, peut au contraire être complètement abolie : seules les fonctions de la vie végétative continuent alors à s'exercer : c'est le sommeil léthargique. Sous l'influence de causes encore mal connues, l'anéantissement du système nerveux peut arriver à un degré tel que les appareils ganglionnaires eux-mêmes participent à la paralysie et que les échanges organiques se ralentissent ; il en est ainsi dans les attaques de sommeil qu'on observe parfois chez les hystériques et sous l'influence desquelles ces malades vivent pendant des semaines et des mois dans une torpeur presque absolue, sans plus dépenser que ne font les animaux hibernants. Parfois même le trouble apporté à l'innervation viscérale

est si grand que la respiration, les battements du cœur faiblissent, au point de devenir imperceptibles ; la température extérieure s'abaisse et le sujet prend l'aspect d'un cadavre : c'est la mort apparente, phénomène rare, mais cependant observé. Si éloigné que cet état puisse paraître d'un véritable sommeil, on a vu pourtant des malades se *réveiller* en peu d'heures et revenir rapidement à l'état normal, preuve qu'il ne s'agissait que d'un trouble fonctionnel, d'une inhibition générale des centres nerveux et non d'une lésion matérielle.

Mais il est des associations de symptômes plus singulières encore : quelquefois les fonctions cérébrales proprement dites sont seules frappées de stupeur, tandis que les centres de la motilité sont le siège d'une excitation morbide; la tonicité statique des muscles peut alors être exaltée à un degré tel que les membres, incapables du moindre mouvement volontaire, prennent sans résistance toutes les positions qu'on leur communique et les conservent sans effort pendant un temps presque indéfini : c'est la catalepsie, cette forme de névrose singulière qui a de tout temps passionné la curiosité du vulgaire. — Ailleurs le tableau est inverse : le système musculaire est flasque, frappé d'une paralysie absolue, les muscles respirateurs, le cœur lui-même participent à cette impuissance; les sens au contraire sont éveillés et la conscience persiste; le sujet voit, entend et comprend, mais il est incapable de se mouvoir : c'est la léthargie lucide, dans laquelle on a vu des malades assister inertes aux préparatifs de leurs funérailles, jusqu'au moment où la violence même de l'émotion rompait les liens de leur volonté captive et rendait la voix à leur gosier paralysé.

Tous ces états, si différents les uns des autres en apparence, et que les pathologistes considèrent souvent encore comme autant de névroses distinctes, on peut, chose remarquable, les reproduire à son gré chez certains

sujets par un ensemble de procédés auxquels Braid, de Manchester, qui les a le premier employés dans un but scientifique, a donné le nom d'hypnotisation. Grâce à la puissante impulsion de M. Charcot, la pratique du sommeil nerveux provoqué, jadis abandonnée aux magnétiseurs et aux charlatans, est aujourd'hui entrée dans le domaine médical ; elle a permis de faire en quelque sorte l'étude expérimentale du sommeil pathologique, d'en distinguer nettement les diverses formes et d'attribuer à chacune d'elles ses caractères propres.

Il y a donc un grand intérêt à envisager parallèlement les formes spontanées et les formes provoquées du sommeil morbide, et à chercher dans les faits relativement simples fournis par l'expérimentation, la solution des problèmes plus compliqués posés par l'observation clinique. C'est le but que nous allons tâcher de poursuivre ; dans la première partie de ce travail, nous étudierons les *maladies du sommeil* ; dans la seconde nous exposerons les phénomènes de l'*hypnotisme* ou sommeil provoqué. Nous espérons démontrer qu'entre celui-ci et celles-là il y a identité de nature comme il y a similitude de symptômes, et que les uns et les autres ressortissent à une seule et même cause : l'état névropathique.

Dans un court appendice nous étudierons brièvement les effets produits sur le cerveau par l'action des substances narcotiques et anesthésiques et nous tâcherons de faire ressortir les analogies qui les rapprochent et les différences qui les séparent des phénomènes du sommeil proprement dit, tant physiologique que pathologique.

PREMIÈRE PARTIE

Des maladies du sommeil

Sous le nom de maladies du sommeil nous décrirons la série des états morbides qui se manifestent sous la forme d'altérations, de déviations du sommeil physiologique et qui se montrent, la plupart du temps au moins, dans le eours de eelui-ei. Il va sans dire que nous ne faisons pas entrer dans eette définition l'insomnie, qui pourrait aussi être eonsidérée eomme une maladie du sommeil, mais qui est en dehors de notre sujet.

Les maladies du sommeil, telles que nous les eompre-nons, peuvent se diviser en trois elasses :

1° Celles où l'aetivité eérébrale, anormalement surex-citée pendant le sommeil, réagit sur les fonetions de relation et les réveille en partie ; c'est le somnambulisme avee toutes ses variétés.

2° Celles où la torpeur eérébrale portée à son eomble paralyse non seulement les fonetions animales, mais encore à un eertain degré les fonetions organiques ; c'est la léthargie ou sommeil léthargique.

3° Celles où l'aetivité nerveuse est anormalement loealisée en eertains eentres, notamment dans eeux de la motilité, les autres étant frappés de stupeur eomplète ; c'est la eatalepsie.

Nous décrirons successivement ces trois formes ; dans un quatrième chapitre nous montrerons quels rapports elles affeetent entre elles et quels arguments on peut invoquer pour n'y voir que des manifestations diverses d'un seul et même état morbide.

CHAPITRE PREMIER

DU SOMNAMBULISME NATUREL ET DES ÉTATS QUI S'Y RATTACHENT.

Les gens qui marchent en dormant ont eu de tout temps le privilège d'exciter la curiosité ou d'inspirer l'effroi, et on sait quel parti Shakspeare a su tirer de la connaissance qu'il en avait, dans la terrible scène où lady Macbeth endormie s'efforce vainement de laver sur sa main droite la tache de sang que le meurtre du roi Duncan a laissée dans son souvenir.

Mais si les anecdotes relatives aux somnambules abondent dans les recueils médicaux et populaires de toutes les époques, c'est seulement depuis trente ans que l'étude scientifique du somnambulisme est entrée définitivement dans le cercle des connaissances médicales.

Les premiers efforts dans ce sens se rattachent aux progrès accomplis par la pathologie mentale : c'est en étudiant les divers troubles nerveux qui se rencontrent dans les maladies de l'intelligence, que plusieurs médecins, qui étaient en même temps des philosophes, ont eu l'occasion d'approfondir la question de l'état mental des somnambules; grâce aux travaux de Lélut (1), de Macario (2), de Mesnet (3), d'Azam (4), les phénomènes psychologiques de ce singulier état sont aujourd'hui assez bien connus.

(1) Lélut. Du sommeil, des songes et du somnambulisme. Ann. médico-psychologiques, 2e série, t. IV, 1852.

(2) Macario. Du sommeil, des songes et du somnambulisme dans l'état de santé et de maladie. Lyon, 1857.

(3) Mesnet. Etude sur le somnambulisme au point de vue pathologique. Arch. gén. de méd., février 1860.

(4) Azam. Amnésie périodique ou dédoublement de la vie. Ann. méd. psych., 5e série, t. XVI, 1876.

Quant aux symptômes physiques du somnambulisme. sur lesquels on ne possédait jusqu'à ces dernières années que des données fort incomplètes, la pratique de l'hypnotisme permet aujourd'hui de les étudier méthodiquement, et bien qu'il reste encore beaucoup de points obscurs, les principaux faits sont dès maintenant à peu près élucidés.

§ I. — Caractères généraux du somnambulisme spontané.

On peut définir le somnambulisme un rêve avec exaltation de la mémoire et de l'activité automatique des centres nerveux, en l'absence de la volonté spontanée et consciente.

Le sujet endormi d'un profond sommeil s'agite, pousse quelques soupirs, puis tout à coup, sous l'influence d'une impulsion irrésistible, il se lève, parcourt sa chambre et les localités environnantes, se livre à une série d'actes coordonnés exigeant plus ou moins le concours des sens. A le voir se diriger sans effort à travers mille obstacles, reconnaître les objets qu'il désire et s'en servir à propos, exécuter sans difficulté apparente les actes les plus minutieux, un observateur superficiel le croirait éveillé. Mais si on s'approche on voit que ses yeux sont tantôt fermés, plus souvent ouverts et hagards, que sa physionomie est impassible et sans expression, qu'il ne paraît ni voir ni entendre rien de ce qui est étranger à son rêve. Les excitations cutanées, la piqûre, la brûlure, le chatouillement ne font sur lui aucune impression ; une vive lumière, un son éclatant ne sont pas perçus davantage. Les obstacles qu'on lui suscite l'arrêtent d'abord, mais il cherche à les tourner et il y réussit avec une adresse extraordinaire. Essaye-t-on de le maintenir par la force, il résiste et se débat avec une vigueur qui étonne; si on prolongeait la contrainte on provo-

querait un accès convulsif. Le laisse-t-on aller, il reprend son rêve où il l'avait laissé, ou change brusquement d'idée et semble obéir à une impulsion nouvelle. La crise achevée il retourne à son lit, se recouche paisiblement et retombe dans l'immobilité du sommeil normal. Il s'éveille à l'heure accoutumée et ne conserve à son réveil aucun souvenir de ce qu'il a fait.

Voilà l'accès de somnambulisme spontané, tel qu'on a l'occasion de l'observer dans les cas ordinaires. Nous verrons plus loin qu'il comporte de nombreuses variétés, et qu'indépendamment des différences individuelles, qui sont innombrables, on doit distinguer plusieurs formes cliniques. Mais auparavant il nous faut analyser, au point de vue des diverses fonctions, l'état physique et mental dans le somnambulisme.

§ II. — État physique et mental du somnambule.

« Dans le somnambulisme, dit Maury, comme dans l'état déterminé par l'inhalation des anesthésiques, les facultés particulières de sentir et de penser, comprises dans la sphère de la sensibilité générale et de l'intelligence, sont désunies, en sorte que telles sensations, telles opérations de l'esprit peuvent être effectuées et d'autres rester abolies. »

Cette désunion, cette déséquilibration des diverses fonctions rend compte des bizarreries du somnambulisme; elle permet de comprendre aussi pourquoi il n'y a pas deux somnambules qui se ressemblent absolument.

Si on étudie d'abord l'état des sens, on a beaucoup de peine à le définir : chez la plupart des somnambules, ils ne sont ni absolument fermés, ni absolument ouverts; en d'autres termes, parmi les impressions extérieures, le somnambule en perçoit quelques-unes, mais seulement celles qui sont en rapport avec l'objet de son rêve.

Le sens de la vue est eelui qui présente eette dissoeiation au plus haut degré ; les yeux grands ouverts sont fixes, les pupilles dilatées, on peut eroire la vision abolie, et de fait la plupart des objets ne font aueune impression ; une lumière, même vive, n'est pas aperçue. Le religieux qui, dans un aeeès de somnambulisme, alla frapper dom Duhaguet dans son lit, ne parut pas voir les deux lampes allumées qui se trouvaient sur le bureau du prieur. De même, la malade dont Mesnet (1) a raeonté les tentatives de suieide en état somnambulique, ne voyait pas le gardien qui suivait ses démarches et traversait toutes ses tentatives. En revanehe, le somnambule, quand il est pris du désir d'écrire, sait fort bien reeonnaître les menus objets : plume, papier, enere, dont il a besoin. Il semble même parfois jouir d'une aeuité visuelle bien supérieure à eelle qu'il possédait pendant la veille, et eette hyperesthésie de la vue (que nous retrouverons dans le somnambulisme provoqué), lui permet quelquefois d'aeeomplir de véritables tours d'adresse.

Les mêmes remarques s'appliquent au sens de l'ouïe, chez le somnambule. Un bruit aeeidentel, quand il n'est pas trop violent, le laisse impassible, mais si on l'appelle par son nom, si on prononee des paroles en rapport avee l'objet de son rêve, on parvient quelquefois à éveiller son attention et même à détourner son activité dans une voie nouvelle. Si la notion de l'heure paraît exister chez ees malades avee une préeision qui tient du prodige, c'est parce que leur oreille très aiguisée entend sonner l'horloge à une distance très eonsidérable.

Le sens de l'odorat, eelui du goût, sont rarement mis en aetivité dans les rêves somnambuliques ; c'est ce qui explique pourquoi les observateurs les ont trouvés obtus :

(1) Mesnet. Loc. cit. Arch. gén. de méd., 1860.

des plumes brûlées sous le nez, un flacon d'ammoniaque débouché n'exercent que rarement une influence sur le somnambule ; mais il est probable que si l'exercice du goût ou de l'odorat était nécessaire à l'accomplissement de sa fantaisie, ces deux sens feraient preuve de la même acuité, de la même finesse que les autres.

Le sens du toucher, dont nous n'avons rien dit encore, est peut-être le plus étrangement modifié de tous : l'hyperesthésie tactile est constante chez les somnambules ; ils reconnaissent dans l'obscurité les moindres détails des objets, et semblent parfois distinguer les obstacles sans les toucher, par la sensation de plus grande résistance de l'air. Cependant, ils sont insensibles à toutes les excitations cutanées, à la piqûre, à la chaleur et au froid ; on en a vu se plonger dans l'eau en plein hiver et traverser, sans s'éveiller, une rivière à la nage. Moulinié (1) a rapporté l'observation d'une jeune fille somnambule qui, dans un accès, s'en alla au bûcher couper du bois avec une serpe et se hacha l'avant-bras et la main, jusqu'au moment où l'hémorrhagie la fit tomber sur le sol évanouie. Cette abolition de la sensibilité générale avec conservation ou exaltation du sens du toucher n'est du reste pas spéciale au somnambulisme, mais elle y atteint son plus haut degré.

Si on y réfléchit, l'exagération du tact avec abolition de la sensibilité cutanée chez le somnambule est en rapport avec la dissociation analogue que présente l'exercice des autres sens ; tous ces phénomènes de même ordre procèdent de la concentration nerveuse qui fixe toutes les facultés de l'individu sur un objet unique et supprime toutes les perceptions qui n'ont pas de relation directe avec cet objet. Ajoutons avec Ball et Cham-

(1) Moulinié. Bull. médical de Bordeaux, t. I, p. 13, 1833.

bard (1) que cette sélection des impressions extérieures, qui s'opère automatiquement chez les somnambules, nous explique, non moins que l'exaltation de leur mémoire, la sûreté et l'aisance qu'ils déploient dans leurs promenades les plus difficiles et le bonheur avec lequel ils se tirent presque toujours de leurs périlleuses expéditions. Le somnambule en équilibre sur la crête d'un toit n'a point le vertige parce qu'il ne voit pas l'abîme ; mais si on a le malheur de le réveiller, il y a de grandes chances pour qu'il tombe.

L'innervation motrice n'est guère moins exaltée chez le somnambule que l'activité sensorielle, et ses mouvements témoignent de cette exaltation ; il coordonne les actes les plus compliqués, franchit les obstacles les plus difficiles avec une agilité, une souplesse et une force qui ont fait l'étonnement de tous les observateurs. Mais si on vient à le toucher, à le gêner quelque peu dans la liberté de ses mouvements, il se manifeste souvent une rigidité des membres qui témoigne de l'excitation morbide à laquelle le malade est en proie. Souvent même, comme le matelot observé par Bourgarel (2), il est pris d'une véritable crise convulsive qui ne cesse qu'au bout d'un temps plus ou moins long et qui peut aboutir soit au réveil, soit à la répétition de l'accès somnambulique.

Quant à l'état des fonctions organiques dans le somnambulisme naturel, il n'a été que rarement noté et on en conçoit facilement la raison. Tout au plus quelques observations mentionnent-elles le caractère tumultueux de la respiration et des battements du pouls, en rapport avec la violence des impulsions qui agitaient le malade, ou avec les efforts qu'il faisait pour se débarrasser des

(1) Ball et Chambard. Dict. encycl. des sc. méd., 3e série, t. X, p. 350.

(2) Bourgarel. Union méd., n° 6, 1861.

obstacles. Nous aurons l'occasion, en traitant du sommeil provoqué, de donner des détails plus précis sur le fonctionnement des appareils organiques pendant le somnambulisme ; quant à présent, nous croyons préférable d'aborder tout de suite l'étude de l'état mental du somnambule.

Dans le fonctionnement de l'intelligence, nous allons trouver les mêmes disproportions, les mêmes lacunes que dans celui des sens, et il n'y a pas lieu d'en être étonné si le somnambulisme n'est, comme nous l'admettons avec Maury, que l'exagération du rêve.

Une exaltation extraordinaire de la mémoire, tel est le premier fait qui domine tous les autres ; la mémoire retrace au somnambule ses préoccupations, ses passions, les événements gais ou tristes de sa vie ; en même temps, selon la remarque de Lélut, elle lui représente, avec bien plus de vivacité qu'à l'état de veille, la situation et les rapports des objets qui lui sont familiers. Cette extrême perfection de la mémoire des faits et de la mémoire des lieux chez le somnambule nous permet de comprendre comment il reproduit parfois avec une fidélité surprenante les faits de la vie réelle qui ont fait impression sur son esprit, et comment il se dirige dans ses pérégrinations nocturnes, exécutant, presque sans le secours des sens, mille exploits dont il serait à peine capable dans l'état de veille.

L'imagination, non moins surexcitée que la mémoire, transforme dans l'esprit du somnambule les souvenirs en faits actuels : de là, l'extrême violence des impulsions automatiques, qui prennent le caractère impassible et en quelque sorte fatal des mouvements réflexes ; le somnambule agit sous la pression des faits et ses actes les plus extraordinaires en apparence ne sont que des réactions instinctives. Mais là ne se borne pas le rôle de l'imagination surexcitée ; selon l'ingénieuse remarque de Maury,

elle transforme les *conceptions* en *perceptions* : par elle les images nées du souvenir sont métamorphosées en impressions sensorielles vivantes. Un malade de Mesnet (1) écrivait une lettre sans s'apercevoir qu'après chaque ligne on lui retirait la page commencée ; il relisait ensuite sur le dernier feuillet qui ne portait que sa signature et corrigeait cette page blanche comme s'il avait eu sous les yeux sa lettre entière : évidemment, il la *voyait* par le souvenir, et l'imagination lui représentait les caractères comme s'ils se fussent peints réellement sur sa rétine. On comprend d'après cet exemple pourquoi les somnambules confondent si étrangement le vrai avec le faux, et comment à des notions souvent très exactes des faits réels, ils mêlent sans cesse des conceptions chimériques.

Les facultés du raisonnement sont dans un état difficile à caractériser ; on ne peut pas dire qu'elles soient absentes, car les somnambules font preuve de logique dans leurs rêves et se livrent fréquemment à des actes nécessitant des opérations intellectuelles compliquées ; mais d'autre part le domaine dans lequel s'exerce leur intelligence est très limité et ne s'étend guère au delà du cercle de leur idée fixe ; de même qu'ils ne voient pas les objets sans relation avec leur rêve, de même ils sont incapables de tout raisonnement indépendant. Aussi, les voit-on mis en défaut par le plus léger obstacle, s'il est de nature à ne pouvoir être surmonté qu'à l'aide d'une opération intellectuelle en dehors de la préoccupation qui les fait agir.

Si nous essayons de définir l'état de la conscience et de la volonté chez le somnambule, nous allons rencontrer des difficultés encore plus grandes. En effet les malades, nous l'avons dit, semblent de véritables automates ; ils agissent sous l'impulsion d'une idée qui les domine et

(1) Mesnet. De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique, in-8°. Paris, 1874.

qui annule entièrement leur libre arbitre ; de là des actes répréhensibles, impudiques ou immoraux commis parfois dans leurs accès par des individus que rien ne défend plus contre la poussée instinctive des passions. Et cependant il est des cas où la volonté n'est pas entièrement éteinte chez le somnambule, où il peut lutter contre l'impulsion morbide et même la vaincre, témoin l'histoire de la malade de Mesnet, qui, atteinte pendant ses accès de la manie du suicide, jette le poison qu'elle avait préparé, et dans une lettre écrite aussitôt rend compte à ses amis de la lutte morale qu'elle a soutenue. — Même incertitude pour l'état de la conscience : si dans la grande majorité des cas elle paraît complètement éteinte, il est pourtant des malades chez qui elle brille encore d'une lueur assez vive pour leur permettre de se rendre vaguement compte de leur état. Il en est surtout ainsi dans les formes élevées du somnambulisme, dans celles qu'on pourrait, par une antithèse un peu hardie, désigner sous le nom de somnambulisme à l'état de veille. Un malade observé par Pochon (1) et dont nous relaterons l'histoire plus loin disait à ceux qui l'observaient pendant ses accès : « Vous croyez que je dors, mais je ne dors point ». Il avait vaguement conscience de son état, puisqu'il cherchait à le cacher. — Ces faits nous obligent à revenir sur la définition trop absolue que nous avons donnée du somnambulisme, et à reconnaître que la conscience et la volonté peuvent parfois n'être pas entièrement abolies. Mais, hâtons-nous de le dire, c'est là une exception ; en général le somnambule est un automate vivant, la volonté consciente est chez lui momentanément détruite, ou si elle subsiste à l'état virtuel c'est pour assister inerte aux écarts tumultueux des facultés inférieures qu'elle ne peut plus réprimer.

(1) Pochon. Obs. de somnambulisme naturel. Arch. gén. de méd., 1re série, t. XIV, 1827.

Cette étude de l'état mental dans le somnambulisme ne serait pas complète si nous ne disions quelques mots de l'amnésie au réveil, ce phénomène presque constant dont on a fait avec raison l'un des caractères les plus importants de l'état somnambulique. Presque toujours cette amnésie est complète, c'est-à-dire que le sujet une fois réveillé ne se rappelle absolument rien de ce qui s'est passé pendant le sommeil; quelquefois cependant, lorsque son rêve a laissé des traces, lorsqu'il a écrit une lettre, exécuté un travail matériel, on parvient, en attirant son attention sur ce fait, à provoquer des associations d'idées qui aboutissent à une réminiscence plus ou moins complète; mais ce travail intellectuel est toujours lent et difficile, le plus souvent il est tout à fait impossible. Maury, pour expliquer cette paralysie de la mémoire, a admis que la concentration exagérée de la force nerveuse pendant l'accès produisait une vibration excessive qui s'épuise par son intensité même. — Mais cette hypothèse s'accorde peu avec le fait, bien connu dans l'histoire des somnambules, que le souvenir d'un accès se réveille dans l'accès suivant : témoin l'histoire rapportée par Macario d'une jeune fille violée dans l'état somnambulique et qui une fois réveillée n'avait gardé aucun souvenir de ce fait, mais qui dans la crise suivante se rappela l'outrage qu'elle avait subi et désigna son ravisseur. Nous verrons bientôt que dans une forme de somnambulisme les accès répétés périodiquement ramènent chaque fois les souvenirs des crises antérieures et ceux-là seulement de telle sorte que le malade, partagé entre deux existences différentes, finit par croire à un dédoublement de sa personnalité. On se rend compte aisément de cette amnésie périodique, si on admet avec Ribot (1) que la *notion dumot* résulte de la possibilité d'associer au

(1) Ribot. Les maladies de la mémoire, p. 83, 3e édit. Paris 1885.

sentiment de son existence dans le présent le souvenir d'un certain nombre d'états localisés dans le passé : cette association est rompue dans le somnambulisme, où par suite du changement profond survenu dans l'être, le sentiment de l'existence est forcément tout autre que pendant la veille. L'accès terminé, aucun lien n'existe entre l'état normal rétabli et l'état pathologique disparu : ce ne sont pas deux états, ce sont deux êtres différents ; il n'est pas surprenant qu'ils ne puissent avoir aucun souvenir commun. Mais qu'un nouvel accès survienne, d'ordinaire très semblable au premier, le sentiment de l'existence, la *cénesthésie* de l'état somnambulique se reproduira avec les mêmes caractères et les souvenirs liés à cet état de l'être jailliront aussitôt des profondeurs de la mémoire.

§ III. — Formes et degrés du somnambulisme.

Comme on l'a déjà vu, les phénomènes du somnambulisme peuvent se montrer sous des formes et à des degrés différents, selon que l'activité psychique inconsciente est plus ou moins énergiquement surexcitée et selon qu'elle réagit plus ou moins violemment sur les diverses parties des centres nerveux.

a). *Noctambulisme ou rêve en action.* — Dans un premier degré, qui s'observe en dehors de tout état morbide chez beaucoup d'individus nerveux, il y a simplement exagération des mouvements instinctifs (ou réflexes pour mieux dire) qui se produisent durant le sommeil physiologique ; de même que tout homme endormi retire sa main quand on le pique, chasse une mouche posée sur son visage et répond machinalement à son nom qu'on prononce à haute voix, ainsi le névropathe noctambule obéissant aux incitations de son rêve, sort de son lit pour

commencer un voyage imaginaire, répond à des interlocuteurs chimériques, ou frappe aveuglément les ennemis dont il se croit menacé.

Les accidents causés par les noctambules sont fréquents : on connaît l'histoire, citée par Legrand du Saulle (1) d'un nommé Bernard Schedmaizig qui rêvant de fantômes prit sa hache, frappa avec fureur sans se réveiller et tua sa femme endormie à ses côtés. Alfred Maury (2) a raconté l'histoire d'une dame que son mari rêvant d'incendie voulut jeter par la fenêtre et qui eut beaucoup de peine à lui échapper. Plus récemment Yellowlees (3) a fait connaître l'histoire d'un homme de vingt-huit ans, de souche névropathique, qui dans un accès de noctambulisme rêva d'une bête nuisible, saisit son petit enfant endormi et le lança contre la muraille. On pourrait multiplier les citations de ce genre.

Les noctambules sortent facilement de leurs accès ; souvent ils se réveillent d'eux-mêmes sous l'influence du froid qui les saisit ; interpellés avec une certaine force par quelqu'un dont ils connaissent la voix, ils s'arrêtent et obéissent à l'injonction qu'on leur adresse de se recoucher. Quand on les secoue un peu fortement, ils se réveillent et, après avoir promené autour d'eux des yeux hagards, ils reprennent lentement conscience d'eux-mêmes. Chez eux le souvenir du rêve persiste fréquemment après le réveil.

b). *Somnambulisme proprement dit.* — Il se relie par d'insensibles gradations à la forme précédente, mais il s'en

(1) Legrand du Saulle. Somnambulisme naturel ; discussion médico-légale. Ann. d'hygiène et de médecine légale, 1862.

(2) Maury. Des hallucinations hypnagogiques. Ann. médico-psychol. Janv. 1848.

(3) Yellowlees. Homicide by a somnambulist. Journ. of mental science, 1878.

distingue par la coordination beaucoup plus parfaite des actes pendant l'accès et par l'amnésie au réveil, qui est beaucoup plus constante que dans la première variété.

Les malades de cette espèce ont des accès prolongés, pendant lesquels ils accomplissent souvent une série d'actes parfaitement coordonnés, parfaitement logiques, et se montrent même capables d'un certain degré de discernement et de volonté pour tourner les obstacles qu'on leur oppose. — Il est difficile de classer les actes des somnambules ; cependant on peut, en s'attachant aux formes les plus tranchées, distinguer un certain nombre de variétés d'après la systématisation du rêve.

Les uns reproduisent pendant leur sommeil les actes de leur profession, ceux qui remplissent leur vie journalière et dont ils ont l'habitude inconsciente ; les faits de ce genre sont les plus nombreux, sinon les plus frappants. Les actes du somnambule dépendent alors beaucoup du degré de culture intellectuelle et des préoccupations ordinaires de l'état de veille.

Les artisans se livrent à des travaux manuels : un matelot observé par Bourgarel (1) se levait de son hamac, circulait sur le vaisseau, grimpait dans la mâture et s'occupait aux travaux ordinaires des gabiers. Une jeune fille de 18 ans, dont Claret (de Vannes) (2) a recueilli l'observation, ouvrait les yeux au bout d'une heure de sommeil, sautait à terre, s'habillait, faisait sa prière et une lecture de dévotion, puis après avoir mangé une tartine de beurre vaquait aux soins du ménage, brossait vêtements et chaussures, se livrait à des travaux de couture, etc. Ses mouvements étaient précis, assurés ; bien qu'elle eût les yeux ouverts elle ne semblait voir personne, mais elle

(1) Bourgarel. Obs. de somnambulisme. Un. méd., n° 6, 1861.

(2) Claret (de Vannes). Obs. de somnambulisme naturel. Arch. gén. de méd., 1re série, t. XXV, p. 269, 1831.

fuyait la lumière et recherchait les coins obscurs ; quand on l'appelait, elle ne répondait pas, mais parfois elle parlait elle-même, et si alors on lui donnait la réplique, elle continuait la conversation commencée ; ces accès duraient cinq ou six heures, au bout desquelles la malade se déshabillait, se recouchait et dormait paisiblement jusqu'au matin ; au réveil, elle ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé.

On peut admettre que les actes de ce genre sont devenus automatiques par l'habitude, mais que penser des poëtes, des musiciens, des savants, qui dans leur accès de somnambulisme lisent, écrivent et composent comme ils auraient pu le faire à l'état de veille ? Les faits de ce genre sont rares ; il en existe pourtant d'authentiques : Weinhold a cité l'histoire d'un ecclésiastique, qui composait des sermons, les relisait en effaçant les fautes de style et d'orthographe. Nous-même avons recueilli l'observation d'un élève de philosophie, que ses camarades virent se lever la nuit, passer dans la salle d'études, composer une pièce de vers latins, et qui le lendemain matin ignorait si bien ce qu'il avait fait, qu'il vint s'excuser auprès de son professeur, alléguant que le manque de temps ne lui avait pas permis d'achever la tâche prescrite.

Il est d'autres cas où les actes du somnambule se rapportent à une préoccupation accidentelle, parfois à un événement qui a fait sur son esprit une profonde impression : on voit alors le malade reproduire par ses gestes et ses paroles la scène qui remplit son souvenir ; cette forme de somnambulisme, qui a frappé tous les auteurs, est celle que le professeur Charcot a fréquemment observée à la fin de la grande attaque d'hystérie, et dont Paul Richer (1) a donné des exemples saisissants : il suffit

(1) P. Richer. Etude descriptive de la grande attaque hystérique, p. 62. Th. de Paris, 1879.

de citer celui d'une jeune fille qui avait subi un attentat avec violence, et qui reproduisait avec une vérité et une précision déchirantes toutes les phases de la pénible lutte qu'elle avait traversée.

Chez certains malades, les souvenirs d'actes antérieurs peuvent être évoqués durant les accès par une impression sensorielle, et on peut, en quelque sorte, faire passer le sujet d'un morceau à l'autre de son répertoire. Témoin le fameux malade de Mesnet (1), qui présentait périodiquement des accès de somnambulisme, d'une durée de quinze à trente heures, pendant lesquels, avec l'aspect d'un homme éveillé, il présentait une anesthésie cutanée complète, une abolition de tous les sens, à l'exception de celui du toucher. Ce malade ne semblait voir que les objets qu'il avait touchés préalablement ; et le contact des objets extérieurs semblait éveiller par une association d'idées une série de souvenirs relatifs à un fait passé, que le malade reproduisait alors avec une exactitude remarquable. Lui mettait-on dans les mains une canne à pomme recourbée, il la prenait pour un fusil, se croyait sur le champ de bataille où il avait été blessé, encourageait de la voix ses camarades, exécutait tous les mouvements du soldat qui charge son arme, se couchait par terre en embuscade, ajustait l'ennemi et faisait feu. S'il venait à toucher une plume, il se mettait aussitôt à écrire des lettres, se rapportant à ses préoccupations habituelles. Un rouleau de papier en forme de cahier de musique lui rappelait son ancienne profession de chanteur comique, il s'habillait pour la représentation, saluait le public, exécutait correctement plusieurs morceaux et faisait même le geste d'avaler un rafraîchissement.

A côté de ces formes de somnambulisme, viennent se

(1) Mesnet. De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique, in-8. Paris, 1871.

placer les faits dans lesquels les sujets se livrent à des actes impulsifs, d'une violence parfois extrême, sous l'empire de passions qui ne sont plus contenues ni par le sentiment du devoir, ni par la crainte du châtiment. La plus connue des histoires de ce genre est celle qui fut racontée à Fodéré (1), par dom Duhaguet, religieux bénédictin, et à laquelle nous avons déjà fait allusion; elle est si remarquable par le fond et par la forme, que nous ne pouvons résister à la tentation de la reproduire.

« Nous avions, dit dom Duhaguet, à X..., où j'ai été prieur, un religieux d'une humeur mélancolique et sombre, qui était connu pour être somnambule. Dans ses accès, il sortait de sa cellule et y rentrait; d'autres fois, il s'égarait et on était obligé de l'y reconduire. Une nuit, je travaillais à mon bureau lorque j'entendis ouvrir la porte de mon appartement, et je vis entrer ce religieux dans un état de somnambulisme. Il avait les yeux ouverts, mais fixes, et tenait un couteau à la main. Lorsqu'il passa devant moi, il avait la figure contractée et les sourcils froncés. Il alla droit à mon lit, eut l'air de vérifier, en tâtant avec la main, si je m'y trouvais; après quoi, il frappa trois grands coups, tellement fournis, qu'après avoir percé les couvertures, la lame entra profondément dans le matelas. Quand il eut frappé, il s'en retourna. J'observai alors que son visage était détendu et qu'il y régnait un air de satisfaction. L'éclat de deux lampes qui étaient sur mon bureau ne fit aucune impression sur ses yeux. Il ouvrit et ferma les deux portes de ma cellule et je m'assurai qu'il se retirait paisiblement dans la sienne.

Le lendemain je le fis appeler, et je lui demandai sans affectation à quoi il avait rêvé la nuit précédente. Cette question le troubla. Sur mon ordre de parler avec sincérité, il me dit : A peine étais-je endormi, que j'ai rêvé que

(1) Fodéré. Traité de médecine légale, 1re partie, section IV.

vous aviez tué ma mère, que son ombre sanglante m'était apparue pour demander vengeance, et qu'à cette vue j'avais été transporté d'une telle fureur, que j'ai couru comme un forcené à votre appartement, et vous ayant trouvé dans votre lit, je vous ai poignardé. Peu après, je me réveillai tout en sueur, en détestant mon attentat, et j'ai béni Dieu qu'un si grand crime n'ait pas été commis...

Il a été commis plus que vous ne pensez, lui dis-je. Alors je lui racontai ce qui s'était passé, et lui montrai la trace des coups qu'il avait cru m'adresser.

A cette vue, il se jeta à mes pieds tout en larmes, gémissant du malheur involontaire qui avait failli arriver et implorant mon pardon. Depuis lors, on l'enferma la nuit dans sa cellule. »

Notons en passant que, dans ce fait remarquable, où le caractère impulsif et automatique du somnambule est si bien mis en lumière, il n'y a pas eu amnésie au réveil : le moine se souvient de toute la scène *comme d'un rêve*. C'est là une particularité rarement notée, mais ce seul fait suffit à montrer que l'opposition établie par certains auteurs, entre le rêve dont on se souvient, et l'accès somnambulique dont on ne se souvient pas, est beaucoup trop absolue.

e). *Somnambulisme avec extase.* — Les phénomènes qui caractérisent l'extase diffèrent par plusieurs aspects de ceux du somnambulisme ordinaire, et ces différences ont assez frappé la plupart des auteurs, pour les décider à décrire l'extase comme une névrose distincte. Nous croyons que cette séparation est inutile, et que l'extase peut être envisagée comme une forme de somnambulisme.

Dans l'extase proprement dite, nous retrouvons l'exaltation de l'imagination et de la mémoire, qui transforme les images nées du souvenir, en perceptions sensorielles ;

comme dans le somnambulisme ordinaire, la sensibilité générale est abolie, les sens sont fermés aux excitations extérieures, et n'offrent d'activité que dans les choses en rapport avec la vision; mais celle-ci absorbe et fascine à tel point l'attention du sujet, qu'il semble frappé d'immobilité; ses membres, tantôt raidis, tantôt inertes, sont incapables du moindre mouvement, ses facultés intellectuelles sont concentrées sur un objet unique : l'admiration muette du spectacle qui ravit son imagination. On voit quelles sont les différences qui séparent le somnambulisme de l'extase : le rêve actif dans l'un est passif dans l'autre; la surexcitation mentale qui, chez le somnambule, met en branle toutes les fonctions de relation, les paralyse au contraire chez l'extatique. Ajoutons que ce dernier ne perd jamais complètement la conscience de soi et que, l'accès terminé, il en conserve parfois un souvenir plus ou moins net.

Mais ces différences, si elles nous autorisent à faire de l'extase une forme distincte, ne nous paraissent pas suffisantes pour la séparer du somnambulisme, avec lequel on la trouve souvent associée.

Les faits de somnambulisme extatique ont de tout temps frappé les esprits, à cause de l'apparence surnaturelle que prennent les sujets qui en sont atteints ; ils se sont produits surtout dans les époques de foi vive et les vies des saints en renferment de nombreux exemples : l'histoire de sainte Thérèse, celle de saint François d'Assise, contiennent de très belles descriptions d'extase. Dans des temps plus reculés, Socrate, que l'on vit au siège de Potidée demeurer immobile d'un lever de soleil à l'autre, les bras en croix et le visage tourné vers l'orient, était certainement atteint de somnambulisme extatique.

Mais en dehors de ces faits, d'un intérêt purement historique, de nombreuses observations d'extase ont été recueillies dans ces dernières années, avec toutes les

garanties d'authenticité nécessaires; les deux plus remarquables sont celles de l'extatique de Fontet et de la stigmatisée de Bois-d'Haine.

Marie Bergadier, l'extatique de Fontet, observée par Mauriac et Verdalle (1), avait de temps en temps des attaques d'extase, au début desquelles la malade déclarait voir Jésus-Christ et sa Passion ; le regard alors devenait fixe, la pupille se dilatait légèrement, sans cesser de réagir à la lumière, les lèvres remuaient comme pour prier, les membres devenaient raides. Au bout de cinq minutes, la malade se levait et commençait l'exercice du chemin de la croix qui durait trente-six minutes; puis elle tombait dans un état rappelant la posture du Christ en croix et cette période de l'accès durait plusieurs heures pendant lesquelles les yeux demeuraient fermés, les globes oculaires fortement convulsés en haut et en dedans; il y avait analgésie cutanée complète, obtusion apparente des sens, incapacité de répondre aux questions; roideur des membres. La respiration surtout diaphragmatique, très bruyante, était suspendue par des pauses prolongées. A la fin de l'accès, la malade s'asseyait sur son lit, déclarait voir la Vierge et versait d'abondantes larmes, puis elle se recouchait, rentrait dans le calme et s'éveillait au bout d'une demi-heure sans aucun souvenir de la crise.

Les accès de Louise Lateau, la stigmatisée belge, étaient encore plus extraordinaires : on les trouvera relatés tout au long dans l'intéressant ouvrage de Prosper Despine (2). Cette malade, dont la bonne foi était hors de doute, et qui d'ailleurs, a été observée, à plusieurs reprises, par un médecin bien connu (le docteur Warlo-

(1) Mauriac et Verdalle. L'extatique de Fontet. Bordeaux, 1875.

(2) Despine (P.). Etude scientifique sur le somnambulisme. Paris, 1880.

mont), avait des attaques de somnambulisme extatique pendant lesquelles elle assistait, en imagination, à toutes les seènes de la Passion, depuis le jardin des Oliviers jusqu'à l'agonie sur la eroix ; elle a offert, en outre, pendant plusieurs années, le phénomène de la stigmatisation, sur lequel nous aurons à revenir à propos du somnambulisme provoqué. Cette observation prêterait à des réflexions intéressantes, mais le temps nous presse, et nous eontraint d'abréger.

d). *Somnambulisme à l'état de veille* (eérébration inconseiente de Carpenter). — Chez le noetambule et le somnambule proprement dits, l'aeeès survient toujours à l'occasion et pendant la durée du sommeil naturel. Dans l'extase, le fait est moins eonstant, mais presque toujours la erise est préeédée et suivie par une période de torpeur très analogue au sommeil.

Dans les formes qui nous restent à déerire, les malades entrent souvent en somnambulisme sans sommeil préalable, à la suite d'une seeousse qui peut passer inaperçue pour les assistants, mais qui a pour effet de supprimer brusquement la *conscience du moi* et de transformer l'individu en automate, mais en automate intelligent, s'il est permis d'assoeier ees deux mots. Les sujets atteints de la sorte méritent assez bien le nom de somnambules à l'état de veille ; ils offrent, à son plus haut degré, le phénomène que Carpenter a désigné sous le nom de eérébration ineonseiente : ils semblent jouir du plein exereiee de leurs faeultés, mais le frein de la conseienee, le *self-control*, eomme disent les Anglais, leur fait défaut ; sans défense eontre les impulsions passionnelles, ils marchent dans les voies les plus dangereuses ou les plus eoupables avee autant d'insoucianee que le somnambule ordinaire sur la erête d'un toit.

On peut eiter, eomme type de ee genre, les phénomè-

nes qui s'observent parfois dans l'épilepsie, surtout lorsqu'elle affecte la forme incomplète ou larvée. Comme l'ont bien montré Trousseau (1) et Herpin de Genève (2), certains épileptiques éprouvent, à la suite d'un accès, d'un simple vertige, une absence prolongée dans laquelle ils perdent la conscience de leurs actes. Leur aspect extérieur est à peine modifié, cependant l'observateur prévenu est frappé de l'étrangeté de leur expression, du caractère nerveux et saccadé de leurs paroles et de leurs gestes. En cet état, ils continuent leurs occupations habituelles ou se livrent à des actes impulsifs parfois très dangereux pour leur entourage. Au bout d'un temps variable, ils reprennent tout à coup possession d'eux-mêmes et perdent en même temps tout souvenir de ce qui s'est passé depuis le début de l'accès : il y a une lacune dans leur mémoire. Toutefois, cette amnésie n'est pas toujours absolue, et les malades arrivent quelquefois, en s'aidant des traces matérielles, à retrouver par association d'idées un souvenir confus de leurs actes.

Herpin a raconté l'histoire d'un docteur en droit, épileptique, qui, souvent pris dans la rue d'un vertige, perdait le sentiment de son existence et ne se retrouvait qu'au bout d'un certain temps, ayant parcouru un long chemin à pied sans se heurter ni se faire mal, ou ayant pris l'omnibus dans une direction opposée à celle où il voulait aller. Le même individu, pris d'un accès en chemin de fer, descend à une station, bien avant son point d'arrivée et se réveille quelques minutes après, se promenant sur le quai, le train parti. Les employés lui apprirent qu'ils avaient fait de vains efforts pour le décider à remonter en voiture.

(1) Trousseau. Clin. médicale, 4e édition, t. II, p. 102 et suiv.

(2) Herpin. Des accès incomplets d'épilepsie. Paris, 1867, p. 154 et suiv.

Il ne s'agit là que d'accès de courte durée, mais on en a observé de beaucoup plus longs : par exemple, le fait rapporté par Zierl (1), d'un colporteur qui avait été blessé d'un éclat d'obus à la tête pendant la guerre de 1870, et atteint consécutivement d'une hémiplégie droite, ayant duré six mois. Guéri de ces accidents, cet homme avait fréquemment des accès d'épilepsie, et dans l'intervalle il était pris, une ou deux fois par mois, d'une absence pendant laquelle il perdait conscience de lui-même. Son caractère, fort doux d'habitude, changeait alors entièrement ; il devenait violent et querelleur, se grisait au cabaret, battait tout le monde et finissait par se faire arrêter. Revenu à lui, il ne se rappelait rien de ce qui s'était passé pendant la crise et ne pouvait concevoir les causes de sa frénésie soudaine.

Plus curieux encore, peut-être, sont les faits du même genre observés par Crothers (2) dans l'alcoolisme chronique. Chez certains malades, l'absence peut durer plusieurs jours et ne se trahir par aucun désordre apparent : les facultés cérébrales semblent s'exercer normalement, mais la notion du moi est suspendue ; le sujet est complètement ignorant de son existence et par conséquent de sa responsabilité. Les observations de Crothers mériteraient d'être reproduites ; nous donnerons seulement le résumé de l'une d'elles, relative à un avocat qui avait été lui aussi, blessé à la tête d'un éclat d'obus pendant la guerre de la Sécession, et qui avait pris l'habitude de l'alcool dans les périodes de travail excessif auxquelles sa profession l'obligeait. Il était alors sujet à des absences prolongées que sa femme, seule instruite de sa mala-

(1) Zierl. Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen. Friedreich's Blatt für gerichtl. Medicin, p. 345, 1882.

(2) Crothers. Cerebral trance or loss of consciousness and memory in inebriety. The quarterly Journal of inebriety, t. IV, nº 1, 1880.

die, observait très exactement. Un matin, après plusieurs nuits passées au travail, dans la préparation d'un procès difficile, il boit plusieurs verres de whiskey avant d'aller au tribunal, perd aussitôt la conscience de lui-même et se réveille seulement trente heures après, sans la moindre idée de ce qui s'était passé. Or, pendant ce temps, il avait dirigé les débats avec beaucoup de présence d'esprit, reçu le serment des jurés, plaidé avec sang-froid, puis, rentré chez lui, avait écrit un long mémoire en vue de l'appel, avait dormi et s'était levé le lendemain matin pour travailler encore avant déjeuner. Et tout cela était une page blanche dans le livre du souvenir.

Dans les accès de ce genre, dont nous n'aurions pas de peine à multiplier les exemples, la conscience du moi n'est pas toujours complètement abolie, et parfois le sujet éprouve le sentiment vague qu'il n'est pas dans son état normal. Il en était ainsi dans le cas, relaté par Pochon (1), d'un étudiant en médecine qui tombait en somnambulisme à la suite d'une tension morale un peu forte ou d'un bruit même léger. D'après l'auteur, qui avait souvent l'occasion de l'observer pendant ses crises, il était alors presque comme éveillé, mais son visage prenait un air de méfiance, sa voix devenait brusque, son caractère brutal; il tutoyait tout le monde et injuriait ceux qui lui résistaient. Sauf cela, il pensait, parlait et agissait comme dans l'état de veille, vaquait à ses occupations ordinaires; seulement il était sans cesse préoccupé de la crainte qu'on ne s'aperçût de son état, n'aimait pas qu'on le regardât de trop près et assurait volontiers à ses camarades qu'il ne dormait point. Pochon, qui seul conservait sur lui quelque influence, parvenait à le faire sortir de sa crise en le saisissant par le milieu du corps et en le tenant plusieurs minutes embrassé, malgré sa

(1) Pochon. Observation de somnambulisme naturel. Arch. de méd., 1re série, t. XIV, 1827.

résistance. Il s'éveillait alors et un profond étonnement se peignait sur sa figure. Il ne se rappelait rien de ce qui s'était passé. Mais à l'accès suivant il retrouvait le souvenir de l'état somnambulique antérieur, sans perdre la conscience de ce qu'il avait fait dans l'état de veille.

Nous trouvons dans cette intéressante observation une ébauche de l'état d'amnésie périodique qui se rencontre dans les formes les plus élevées du somnambulisme et qu'il nous reste à étudier.

e). *Somnambulisme périodique et doublement de la personnalité.* — Jusqu'ici nous avons vu les accès somnambuliques rester à l'état d'exception, d'accident en quelque sorte dans la vie des sujets. Que si ces accès deviennent périodiques et si, comme nous l'avons observé chez le malade de Pochon, ils se relient les uns aux autres par la reviviscence de la mémoire d'une crise à l'autre, on aura le tableau bizarre dont les observations bien connues de Mesnet et surtout d'Azam nous offrent des exemples saisissants, d'une personne dont la vie s'écoule pour ainsi dire en partie double, l'existence normale étant coupée par la période de vie somnambulique, sans que l'esprit parvienne à saisir la filiation de ces deux états et à combler les lacunes qui se produisent périodiquement dans la mémoire.

A vrai dire, ce doublement de la personnalité est rarement complet : dans la plupart des faits connus, tandis que les malades à l'état de veille n'ont aucune connaissance de ce qui s'est passé dans l'état somnambulique, ils conservent dans ce dernier état la conscience plus ou moins précise de ce qui s'est passé pendant la veille. Il en résulte cette conséquence bizarre que l'état somnambulique devient à leurs yeux l'état normal, celui où ils retrouvent la pagination complète du livre de leur vie, tandis que l'autre état leur semble un chaos d'incerti-

tude, égarés qu'ils sont à chaque minute par mille objets, par mille notions dont l'origine leur échappe, parce qu'elle remonte à l'époque d'une de leurs crises.

C'est ce qui avait lieu pour le malade de Pochon, dont nous avons résumé l'observation tout à l'heure ; c'est ce qu'éprouvait au plus haut degré Félida X..., la célèbre malade dont Azam (1) a fait connaître l'histoire en 1876, à la Société médico-psychologique de Paris.

Chez cette jeune femme, manifestement hystérique, les accès avaient débuté à l'âge de 15 ans, et n'avaient d'abord qu'une durée assez courte : tout à coup, au milieu d'une occupation quelconque, la malade s'arrêtait brusquement, sa tête se penchait sur sa poitrine, ses mains devenaient inertes ; elle tombait dans un sommeil profond accompagné d'analgésie cutanée absolue, et dont on ne pouvait la faire sortir par aucune excitation extérieure. Mais au bout de quelques minutes elle s'éveillait spontanément, et alors tout lui semblait différent : elle devenait gaie, active, ne se plaignait plus d'aucun malaise ; elle semblait exaltée, ses facultés paraissaient plus développées et plus complètes et elle se souvenait *de tout*, aussi bien de ses crises antérieures que de sa vie normale. Au bout de trois ou quatre heures sa gaieté disparaissait tout à coup, sa tête se fléchissait de nouveau sur sa poitrine et elle retombait dans l'état de torpeur du début. Trois ou quatre minutes se passaient ainsi au bout desquelles elle ouvrait les yeux, pour rentrer dans son existence ordinaire, sans *aucun souvenir* de ce qui s'était passé pendant la crise.

Avec les années, la durée des accès de somnambulisme (ou de condition seconde suivant l'expression d'Azam) avait augmenté au point de remplir la vie presque entière, et toujours, lorsqu'enfin la terminaison de l'accès

(1) Azam. Amnésie périodique ou dédoublement de la vie, Ann. méd. psycholog., 5e sér., t. XVI, 1876.

ramenait pour quelque temps l'état normal (la condition première pour mieux dire), tout ce qui s'était passé pendant la crise était effacé de la mémoire. Il en résulte que Félida, pendant les courtes périodes d'état soi-disant normal se trouvait très malheureuse ; des événements survenus pendant les semaines (ou même les mois) qu'avait duré la condition seconde, elle n'avait nul souvenir : les faits de la vie journalière, les incidents de famille, les opérations de son commerce lui échappaient totalement, et il fallait qu'elle fît d'incessants efforts pour échapper aux mille difficultés où la plongeait cette amnésie périodique. Son état était d'autant plus pénible qu'elle avait perdu jusqu'à la notion du temps; quelle que fût la durée de l'accès, sa mémoire tendait à réunir les deux périodes de condition prime, comme si elles n'avaient été séparées que par un court sommeil : endormie en plein été, elle se réveillait en hiver, revenant du convoi d'un de ses proches qu'elle s'imaginait avoir vu la veille en bonne santé. Selon l'expression du célèbre observateur bordelais, elle éprouvait alors le même isolement que le marin qui toucherait la terre, après une longue navigation sur une mer déserte, sans chronomètre ni boussole.

Dans une autre variété plus rare d'amnésie périodique, les souvenirs de chaque état sont effacés pendant l'état opposé ; le doublement de la personnalité est alors complet. L'exemple le plus net de cette singulière aberration mentale est celui de Mac Nish, dont nous donnons le résumé d'après Ribot (1).

« Une jeune dame américaine, après un sommeil prolongé, perdit le souvenir de tout ce qu'elle avait appris. Sa mémoire était devenue une table rase. Il fallut tout lui rapprendre. Elle fut obligée d'acquérir de nouveau l'habitude d'épeler, de lire, d'écrire, de calculer, de con-

(1) Ribot. Les maladies de la mémoire, 3e édit., p. 76, 1885.

naître les objets et les personnes qui l'entouraient. Quelques mois après elle fut reprise d'un profond sommeil, et quand elle se réveilla elle se retrouva telle qu'elle avait été avant son premier sommeil, ayant toutes ses connaissances et tous les souvenirs de sa jeunesse, par contre ayant complètement oublié ce qui s'était passé entre ses deux accès. Pendant quatre années et au delà, elle a passé périodiquement d'un état à l'autre, toujours à la suite d'un long et profond sommeil.... Elle a aussi peu conscience de son double personnage que deux personnes distinctes en ont de leurs natures respectives. Par exemple, dans l'ancien état, elle possède toutes ses connaissances primitives. Dans le nouveau, elle n'a qu'une pauvre écriture maladroite, ayant eu trop peu de temps pour s'exercer. Si des personnes lui sont présentées dans un des deux états, cela ne lui suffit pas; elle doit, pour les connaître d'une manière suffisante, les voir dans les deux états. Il en est de même des autres choses. »

Ces faits s'écartent assurément beaucoup du somnambulisme ordinaire, tel que nous l'avons défini au début de ce chapitre; ils nous paraissent néanmoins devoir lui être rattachés au point de vue nosologique. En effet, à regarder les choses de près, c'est toujours la même série de phénomènes : à la suite de l'engourdissement du sommeil, ou d'une torpeur qui lui ressemble, l'harmonie des fonctions du système nerveux est troublée, leur association est rompue, certaines facultés se développent à l'excès, d'autres sont frappées comme de paralysie, le sentiment du moi, résultat de l'équilibre et du jeu régulier de tout le système, est anéanti ou tellement modifié qu'il ne se reconnaît pas lui-même : en cet état, l'imagination, la mémoire des faits sont le plus souvent surexcitées, rarement abolies; la mémoire routinière et semi-organique des mouvements, presque toujours exaltée, sert de guide au système locomoteur, qui fonctionne avec

une énergie une coordination remarquables ; les sens, rarement inactifs, ne s'exercent que sur un petit nombre d'objets à l'exclusion des autres, et acquièrent souvent par cette conentration même une acuité supérieure à celle dont ils jouissent d'habitude ; les facultés de raisonnement et de jugement s'exercent parfois avec une régularité et une souplesse qui donne l'illusion du libre arbitre, mais qui n'est qu'un effet réflexe, résultat des impulsions d'origine interne ou externe, auxquelles le cerveau obéit sans en avoir conscience.

Le sujet vit ainsi d'une vie nouvelle pendant un temps plus ou moins long, puis tout à coup l'activité factice du cerveau s'éteint, le malade retombe dans une torpeur plus ou moins profonde, pendant laquelle les fonctions reprennent leur équilibre, et quand il se réveille c'est pour se retrouver tel qu'il était avant la crise. Les actes qu'il a commis durant son sommeil n'existent pas pour lui ; ce sont les actes d'un autre homme, ce ne sont pas les siens, et s'il s'en souvient, c'est uniquement en qualité de témoin, comme on se souvient d'un rêve. C'est seulement dans l'accès suivant, avec le retour de l'état somnambulique, que le souvenir de cet état émergera de sa mémoire.

§ IV. — Etiologie et nature du somnambulisme.

Si on parcourt avec attention les observations de somnambulisme spontané dispersées dans les auteurs, il est aisé de se convaincre que cette affection, que ce syndrome, pour mieux dire, est toujours précédé et accompagné d'autres manifestations révélant un état pathologique du système nerveux.

Tantôt il survient chez des individus réputés bien portants, mais entachés d'hérédité nerveuse ; d'autres fois il se montre dans le cours d'une affection encéphalique.

Rare dans les phlegmasies cérébrales proprement dites, il s'observe parfois dans certaines phrénopathies d'origine toxique ou toxémique ; mais il appartient surtout aux névroses, telles que l'épilepsie (idiopathique ou consécutive à un traumatisme du crâne) et surtout l'hystérie. Neuf fois sur dix, cette dernière joue un rôle dans sa production.

Quelle que soit son origine, le somnambulisme se développe presque toujours à la suite d'un trouble psychique qui constitue la cause occasionnelle de l'accès. Chez les hystériques, une contrariété, un chagrin, une émotion vive sont les causes les plus habituelles ; quelquefois même chez les somnambules d'habitude, une forte tension intellectuelle, une excitation sensorielle même légère, suffit à provoquer la crise. L'influence de l'imitation, souvent signalée, et sur laquelle nous aurons à revenir dans une autre partie de ce travail, agit plutôt en développant la névrose causale qu'en faisant naître le somnambulisme lui-même. Chez les épileptiques, chez les alcooliques, la cause occasionnelle est parfois difficile à saisir ; cependant l'influence d'une fatigue nerveuse exagérée, d'un excès, a été signalée par plusieurs auteurs.

Peut-on, en se basant sur l'étiologie, déterminer quelle est la nature des phénomènes somnambuliques ? Les tentatives faites dans ce sens ont donné jusqu'ici peu de résultats.

Un fait apparaît manifeste : c'est que des troubles à début aussi subit, à durée aussi courte, à terminaison aussi instantanée, que ceux qui signalent l'accès somnambulique ne peuvent être que de nature dynamique ou fonctionnelle.

Mais quel est leur mécanisme ? Despine, se basant sur les phénomènes produits par l'anesthésie chloroformique, a cru pouvoir avancer que le trouble nerveux d'où résulte le somnambulisme était dû à une modification

circulatoire dans le cerveau; mais pour se mettre d'accord avec les faits, il est contraint d'ajouter que la paralysie encéphalique d'origine circulatoire est produite tantôt par une hypérémie, tantôt par une anémie des parties correspondantes du cerveau ; il explique ces anémies et ces hypérémies par des actions réflexes. Un peu plus loin, il est obligé, en présence des phénomènes de transfert et de leur soudaineté, d'admettre des paralysies nerveuses sans modification circulatoire. Nous aurons l'occasion d'examiner cette question à propos de la pathogénie du sommeil nerveux provoqué; nous montrerons que la théorie vasculaire n'explique rien et doit être délaissée.

Si l'on veut absolument faire une hypothèse, il est bien plus rationnel d'admettre que dans le somnambulisme comme dans une série d'autres affections dites psychiques, les éléments nerveux sont modifiés *directement* dans leur excitabilité, que dans chacun des territoires distincts, dont la réunion constitue les centres nerveux, l'excitabilité peut être diminuée ou accrue, et qu'elle est souvent diminuée dans certains centres par ce fait même qu'elle est momentanément exaltée dans d'autres.

La théorie de l'inhibition, si brillamment soutenue par le professeur Brown-Séquard, dans plusieurs travaux récents, trouve ici son application : que l'on suppose une portion de l'encéphale, celle qui préside à la mémoire, par exemple, surexcitée morbidement par une impression extérieure violente, il est facile de concevoir que l'excitation puisse réagir sur certains centres voisins, réveiller de proche en proche certaines facultés qui, par le mécanisme ordinaire, peuvent mettre en jeu les organes de la vie de relation. Mais en même temps que cette activité désordonnée se manifeste dans certains départements du centre nerveux encéphalique, d'autres régions sont frappées par une de ces actions d'arrêt si fréquentes dans le mécanisme du système nerveux, et leur activité entière-

ment paralysée fait contraste avec la surexcitation des premières. De là ces dissociations si variées que nous avons passées en revue, et qui ont toutes un lien commun, l'absence ou tout au moins l'obnubilation du *moi*, de cette faculté supérieure aussi appelée la conscience, qui contrôle et régit toutes les autres facultés, mais qui semble être l'émanation de leur harmonie, car il suffit pour qu'elle s'obscurcisse que cette harmonie soit troublée.

CHAPITRE II.

DU SOMMEIL LÉTHARGIQUE ET DES ATTAQUES DE SOMMEIL.

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, l'activité psychique inconsciente s'exalter pendant le sommeil, réagir sur les organes de la vie de relation, et les faire fonctionner d'une manière parfois très analogue à l'état de veille.

Nous allons maintenant envisager une série de faits absolument différents, caractérisés par une abolition progressive de l'activité encéphalique chez l'homme endormi, supprimant en lui d'abord les impressions extérieures vagues, puis encore les images autochtones, d'où naissent les rêves, et paralysant quelquefois les opérations de la vie organique, au point de réduire le sujet à un état comateux qui est alors vraiment l'image de la mort.

Cette forme de sommeil morbide, à laquelle nous conserverons le nom de léthargie que l'usage a consacré, peut se présenter sous des aspects variés, selon le degré de brusquerie, d'intensité et de durée des phénomènes. Tantôt elle est seulement caractérisée par un invincible

besoin de dormir, survenant d'une manière brusque et en dehors des habitudes du sujet ; le sommeil, quoique profond, n'est pas accompagné d'insensibilité et sa durée ne dépasse guère les limites normales : c'est le trouble fonctionnel qu'on désigne, d'après Gélineau, sous le nom de *narcolepsie*. Tantôt le malade est pris, à des intervalles variables, de crises d'assoupissement qui affectent la forme de véritables attaques et qui le laissent pendant plusieurs jours, plusieurs semaines ou même plusieurs mois, complètement insensible aux excitations extérieures : ce sont les *attaques de sommeil*, les accès léthargiques proprement dits, de Briquet et des anciens auteurs. Rarement enfin l'état soporeux devient si profond que le pouls, la respiration se ralentissent, que la température s'abaisse et que le sujet, inerte et glacé, prend l'aspect d'un cadavre : c'est la *mort apparente*, ce phénomène rare qui a défrayé les légendes populaires et les fictions des romanciers.

Nous décrirons brièvement ces trois états et nous dirons ensuite quelques mots d'une affection très obscure, dont le tableau clinique, seul bien connu, paraît offrir quelque ressemblance avec celui du sommeil léthargique observé dans nos climats : la *maladie du sommeil* ou *hypnosie* des nègres de Guinée.

§ I. — Narcolepsie ou somnolence invincible.

Gélineau (1) et Ballet (2) ont décrit sous ce nom un phénomène caractérisé par l'invincible tendance au sommeil se reproduisant non plus seulement chaque soir, à l'heure du repos, mais plusieurs fois par jour et à tout

(1) Gélineau. De la narcolepsie. Gaz. des hôp., nos 79 et 80, 1880.

(2) Ballet. Contribution à l'étude du sommeil pathologique. Revue de médecine, 1882.

moment de la journée. Les malades de ce genre dorment littéralement debout : un moment de silence, de recueillement intellectuel, suffit pour amener l'assoupissement. Le balancement d'une voiture, le bruit de la voix d'un professeur en chaire, l'harmonie d'un concert ont sur eux la même influence.

Mais c'est surtout pendant et après les repas que la somnolence est irrésistible : la tête alors s'appesantit des bâillements incessants se produisent et au bout d'un instant le malade tombe dans un sommeil profond, souvent accompagné de ronflement, d'où il est très difficile de le tirer. Quand on réussit à le réveiller, quelques moments lui sont nécessaires pour reprendre le cours de ses idées.

Chez certains individus, la tendance au sommeil est si prononcée que pendant leur travail journalier, au milieu même d'une conversation d'affaires, ils s'arrêtent et s'endorment sans même changer de position. Une jeune fille, dont notre ami le Dr Féré nous a communiqué l'observation, était prise de somnolence dès neuf heures du matin et obligée de travailler debout pour ne pas s'endormir ; encore arrivait-il qu'elle s'appuyait machinalement contre un meuble et s'endormait dans cette posture.

Un malade de 50 ans, observé par Marrotte (1), s'endormait malgré lui à table, en voiture, en parlant même ; nous devons ajouter qu'il avait largement usé de la bonne chère et des plaisirs vénériens.

Le malade dont Gélineau a rapporté l'histoire était pris de ces accès de somnolence jusqu'à deux cents fois par jour ; les émotions gaies ou tristes, les spectacles extérieurs, les préoccupations d'affaires, loin de le réveiller, ne faisaient que provoquer les crises.

(1) Marrotte. Un cas de maladie du sommeil. Union médicale, 1862.

Un jeune garçon de 14 ans, observé par Thümen (1), s'endormait aussitôt assis. Lorsqu'on l'interpellait, il répondait mollement comme au sortir d'un profond sommeil. Si on lui mettait des aliments dans la bouche, il les mâchait et les avalait machinalement. Le soir l'état soporeux augmentait à tel point qu'il devenait impossible de le réveiller.

Un jeune paysan, cité par Fricker (2), avait éprouvé à la suite d'une insolation une légère congestion cérébrale avec perte de connaissance de quelques minutes. Depuis lors il était repris dix ou douze fois par jour, dans tous les actes de la vie, de crises de sommeil. On le voyait rester immobile, fermer les yeux, pencher la tête et s'endormir. Au bout de quelques minutes, il se réveillait brusquement avec un air d'effroi et accusait une sensation de pression au creux de l'estomac. Quand l'auteur le vit, il s'endormait même en parlant et on ne s'apercevait de son état qu'à l'incohérence de son discours.

Les causes de la narcolepsie sont encore mal connues : selon Ballet, tout ce qui est de nature à gêner la nutrition de la cellule nerveuse doit hâter le moment de la fatigue organique et provoquer le besoin du repos. Or, la nutrition de la cellule nerveuse peut être entravée, soit par une gène de l'hématose résultant du ralentissement de la circulation (affections cardiaques, athérome artériel), soit par une altération du liquide sanguin trop chargé de principes nuisibles (maladies par ralentissement de la nutrition, diabète, urémie), soit enfin par un trouble primitif de l'activité des organites cérébraux, comme cela paraît être le cas chez les névropathes. Cette dernière cause n'est pas la moins fréquente, assurément; nous

(1) Thümen. Ein Fall von Schlafsucht. Canstatt's Jahresbericht, 1841.

(2) Fricker. Ein Fall von Schlafsucht. Med. Corr. Blatt. des Würtemb. ärztl. Vereins. Band IX, 1841.

allons la voir presque seule en action dans les formes plus élevées du sommeil léthargique.

§ II. — Attaques de sommeil (trance des auteurs anglais).

Les observations de sommeil léthargique et prolongé ne sont pas très nombreuses dans la science ; encore parmi celles qui ont été publiées sous ce titre en trouve-t-on plusieurs qui n'ont rien de commun avec le sommeil. Il est, en effet, une forme d'aliénation mentale, désignée par Baillarger sous le nom de mélancolie avec stupeur, dans laquelle les malades demeurent parfois pendant des mois entiers en proie à une immobilité, à une inertie qui ressemble à un profond sommeil : ces malades semblent ne rien voir, ne rien entendre ; les excitations cutanées les laissent indifférents ; ils refusent toute nourriture et on est obligé pour les alimenter de recourir à la sonde œsophagienne ; mais souvent, lorsqu'ils ne se croient pas surveillés, on les voit ouvrir les yeux, faire quelques mouvements bien évidemment volontaires, prendre par exemple leur vase de nuit pour satisfaire un besoin naturel. Ces malades ne dorment pas, mais par une impulsion morbide singulière, ils font obstinément semblant de dormir. Les observations de Legrand du Saulle (1), de Semelaigne (2), de Gairdner (3), nous paraissent appartenir à cette catégorie de faits ; nous ne pouvons y insister.

Les véritables attaques de sommeil sont observées le plus souvent chez des femmes hystériques, plus rarement chez des hommes atteints de la même névrose. L'excel-

(1) Legrand du Saulle. Gaz. des hôp., 1869.

(2) Semelaigne. Du sommeil pathologique chez les aliénés. Paris, 1885.

(3) Gairdner. Case of lethargic stupor or trance. The Lancet, 22 déc. 1883.

lente description qu'en ont donnée Bourneville et Regnard (1) est le document le plus complet que nous possédions sur cette question ; nous la reproduisons presque textuellement.

L'accès débute quelquefois par une attaque hystérique ; plus souvent il est simplement annoncé par des modifications de l'humeur, de l'agacement, de la tristesse, ou au contraire une gaieté immodérée. La tête est lourde, les paupières se ferment, il y a parfois des hallucinations de la vue comme celles que Maury a décrites dans la phase intermédiaire à la veille et au sommeil (hallucinations hypnagogiques). Au bout d'un certain temps, pouvant varier de quelques minutes à plusieurs heures, le sommeil s'établit et devient progressivement si profond qu'il est impossible de le faire cesser.

La face est alors rouge, chaude, quelquefois mouillée de sueur ; les paupières sont fermées et animées de petites contractions très rapides. Pour les écarter, il faut vaincre une certaine résistance ; on constate alors que les globes oculaires sont légèrement convulsés en haut et présentent du nystagmus ; les pupilles très dilatées réagissent assez bien à la lumière. Les membres sont tantôt complètement rigides, tantôt présentent des alternatives de rigidité et de souplesse ; les mâchoires sont souvent contracturées, les lèvres serrées laissent parfois écouler un peu d'écume.

Il y a souvent des secousses musculaires et même de ces grands mouvements en arc de cercle que M. Charcot désigne sous le nom de *salutations*. L'excitabilité musculaire réflexe est tantôt diminuée, tantôt augmentée. Rarement les membres conservent la position qu'on leur fait prendre ; plus souvent, après s'être laissé fléchir plus ou moins facilement, ils reprennent lentement leur

(1) Bourneville et Regnard. Iconographie photographique de la Salpêtrière, t. III, 1879-1880.

position primitive. Il y a anesthésie sensitive et sensorielle complète; une lumière vive, un bruit violent sont sans action; la piqûre, le pincement, le froid n'en ont pas davantage; seul quelquefois le passage d'un fort courant faradique réussit à réveiller momentanément le sujet.

Le pouls est régulier, entre 84 et 92; la respiration, habituellement calme, devient par instants stertoreuse et précipitée. La température centrale peut s'élever de quelques dixièmes de degrés; d'ordinaire elle s'écarte peu de la normale.

Dans certains cas, le malade refuse toute nourriture, et on est obligé d'employer la sonde œsophagienne; d'autres fois, des mouvements automatiques de déglutition se produisent au contact d'une cuiller introduite dans la bouche et on arrive à faire ingérer de la soupe et d'autres aliments liquides. Les digestions s'exécutent en général bien; cependant on observe parfois des vomissements; le ventre est ballonné, bruyant; les selles sont rares et il est nécessaire de les provoquer par des lavements; les urines, très peu abondantes, sont rendues involontairement. Fait remarquable : en dépit d'une alimentation presque toujours très insuffisante, les malades maigrissent peu, conservent même souvent un embonpoint très satisfaisant. Il semble que chez eux les échanges organiques soient réduits au minimum et que la nutrition ait subi cette espèce de ralentissement qu'on observe chez les animaux hibernants pendant leur longue torpeur (1). C'est là du reste un fait très fréquemment observé chez les hystériques, même en dehors du sommeil, comme

(1) Les expériences récentes de M. Debove ont montré (Soc. méd. des hôp. 14 août 1885) qu'on pouvait par voie de suggestion provoquer chez des hystériques un jeûne volontaire et absolu de quinze jours, sans qu'il en résulte aucune altération de la santé autre qu'une légère diminution de poids.

l'ont montré les travaux depuis longtemps classiques de Lasègue et du professeur Charcot.

La durée des attaques de sommeil est très variable : elle n'est parfois que de douze ou vingt-quatre heures ; elle peut atteindre quinze jours, comme chez la malade observée par Berdinel et Monod, plusieurs mois, comme dans le fait de Burette, cité par Semelaigne, d'après le *Dictionnaire des Sciences médicales*, et même des années entières, comme chez une jeune fille dont Jones a rapporté l'histoire.

M. Charcot nous a montré à la Salpêtrière une malade sujette aux attaques de sommeil depuis plus de quinze ans et qui, dans ces dernières années, a dormi presque sans interruption, sauf de courts intervalles.

La physionomie des malades pendant la durée de ces longs accès n'est pas toujours identique ; à des périodes de résolution complète peuvent succéder des périodes de contracture. A des intervalles variables, on observe des mouvements automatiques ; les malades semblent lutter, faire des efforts pour écarter d'elles des êtres ou des objets imaginaires ; elles poussent des plaintes étouffées ou appellent au secours à haute voix ; leur physionomie exprime la terreur ; nul doute que des rêves pénibles ne soient la cause de ces manifestations. Dans d'autres cas, le sommeil est interrompu par de grandes attaques convulsives, offrant à l'état d'ébauche les traits de la grande attaque d'hystérie.

Le réveil survient parfois brusquement, annoncé tantôt par un accès convulsif, tantôt par des rires, des pleurs, de l'excitation et du délire. D'autres fois les malades sortent progressivement de leur torpeur : la sensibilité se réveille peu à peu, la parole revient, d'abord vague et comme en rêve, puis plus nette ; les membres peuvent rester encore quelque temps inertes, ils retrouvent ensuite peu à peu leurs fonctions. Souvent, au mo-

ment du réveil, les malades ont la vue troublée, sont même complètement amaurotiques : ils se plaignent de courbature et de douleurs de tête. Mais bientôt tous ces symptômes se dissipent et le malade rentre dans l'état normal, pour retomber bientôt dans un nouvel accès léthargique, ou dans quelque autre des accidents innombrables de la grande névrose.

Ce tableau général se modifie de mille manières, selon les sujets, et on peut dire qu'il n'y a pas deux observations de sommeil léthargique qui soient tout à fait semblables. Un soldat de 25 ans, observé par Marduel (1), ayant reçu un soufflet, fut pris de tremblement général et tomba une heure après dans un sommeil profond d'où il fut impossible de le tirer et qui dura soixante et onze heures ; des accès analogues se répétèrent ensuite une ou deux fois par mois. Pendant son sommeil, le malade avait l'aspect ordinaire des gens endormis, le pouls plein et régulier battait 84, la respiration était calme, la peau humide et fraîche, l'analgésie cutanée absolue ; en lui projetant de l'eau froide au visage, on produisait des contractions réflexes des muscles de la face, surtout de l'orbiculaire des paupières. Le malade changeait de lui-même et doucement de position, mais si on essayait de le bouger, on provoquait une rigidité tétanique, d'abord des membres supérieurs, puis des inférieurs et enfin de tout le corps, y compris le diaphragme ; cet état convulsif durait quelques secondes, puis le malade retombait dans la résolution. Il s'éveillait de lui-même au bout d'un, deux ou trois jours, et jouissait d'une santé normale dans l'intervalle des accès.

Le malade de Ward Cousins (2), un fermier âgé de 43 ans, était sujet depuis vingt ans à des accès de som-

(1) Marduel. Lyon médical, n° 22, 1872.

(2) Ward Cousins. Note sur un cas singulier de sommeil profond et prolongé. Med. Times and Gaz., 18 avril 1863 et 20 juin 1865.

meil qui remplissaient sa vie presque entière : les crises débutaient ordinairement le soir, par un assoupissement brusque, différant peu en apparence du sommeil naturel. Mais il était impossible de le réveiller par aucun moyen ; les oreilles et les extrémités étaient pâles, les pupilles un peu dilatées, le pouls lent et faible, la respiration calme et superficielle ; il n'y avait jamais de rêves, jamais d'incontinence d'urine pendant les accès (ce qui démontre un ralentissement marqué des sécrétions). La crise durait deux à cinq jours puis se terminait par un réveil brusque et spontané. Après un intervalle dépassant rarement six ou huit heures, survenait un nouvel accès. Pendant ces courtes rémissions, l'intelligence semblait entière. La santé générale était bonne et se maintenait telle lorsque Ward Cousins revit le même malade deux ans plus tard.

Une jeune fille de 27 ans, observée par Jones (1), dormait sauf de courts intervalles depuis dix-huit années ; le visage était calme pendant le sommeil; les bras croisés sur la poitrine étaient animés de secousses tétaniques incessantes. De temps en temps la tête était violemment tirée d'un côté à l'autre, pendant une minute, puis il y avait un temps de repos, suivi d'une période de contraction tonique des muscles du cou et du tronc, courbant la tête en avant (*salutation* de Charcot); on notait des inspirations convulsives. L'anesthésie et l'inconscience étaient absolues.

Chez la malade de Berdinel (2) et Monod (3), désignée un peu à tort sous le nom de « la cataleptique de l'hô-

(1) Jones. Remarkable case of protracted somnolence. New-York med. Record, mai 1869.

(2) Berdinel. Hystérie et catalepsie. Le cataleptique de l'hôpital Cochin. Arch. gén. de méd., 6e série, t. XXVI, 1875.

(3) Monod. Hystérie et catalepsie (suite de l'observation précédente). Arch. gén. de méd., 6e sér., t. XXIX, 1877.

pital Cochin », le début de la crise léthargique succédait à des accidents hystériques très variés et très manifestes (anorexie et vomissements, ischurie, tympanite abdominale, paraplégie hystérique). Le sommeil était coupé fréquemment, tantôt par des attaques de rigidité, tantôt par des crises de convulsions cloniques, par des accès de délire avec larmes, hallucinations de la vue et de l'ouïe, etc. L'alimentation impossible au début de la crise devenait assez facile au bout de quelques jours; les boissons, les potages et autres aliments semi-liquides étaient alors déglutis machinalement.

Une femme de 30 à 35 ans, dont le Dr Millard a bien voulu nous communiquer l'observation inédite, fut prise de sommeil léthargique à la suite d'une violente émotion morale : abandonnée en état de grossesse, elle avait été arrêtée comme vagabonde et conduite au poste. Apportée à l'hôpital Beaujon le 12 mai 1882, elle était dans la résolution complète sans raideur musculaire, avec anesthésie absolue de la peau et des muqueuses, paupières closes mais non contracturées, pupilles égales réagissant à la lumière. Les excitations même violentes ne produisaient aucun effet ; il y avait rétention d'urine et constipation ; l'alimentation était possible : en écartant les dents à l'aide d'une cuiller, on lui versait dans la bouche du lait, du bouillon, de l'eau rougie qu'elle avalait machinalement. L'accès dura 74 jours, interrompu seulement par quelques périodes de demi-réveil pendant lesquelles la malade mangeait gloutonnement, mais semblait dans un état de torpeur intellectuelle très prononcée, ne répondant aux questions que par un murmure inintelligible. Elle était grosse de 4 mois au début de la crise, la fausse couche, qui s'opéra spontanément le 8 juillet, ne la réveilla pas et ne changea rien à son état; des douches froides, administrées deux fois par jour sur le conseil du professeur Charcot, amenèrent enfin un réveil définitif. La convales-

cence, interrompue par une fièvre typhoïde de moyenne intensité, était complète deux mois après. Les renseignements qu'on put recueillir alors révélèrent des antécédents hystériques et des troubles mentaux déjà anciens. La malade n'avait conservé aucun souvenir de ce qui s'était passé avant et pendant la crise (1).

Ces quelques exemples permettent de bien saisir la physionomie clinique des accès de léthargie ; ils font voir également par quels caractères ceux-ci se distinguent des cas de stupeur mélancolique auxquels nous avons fait allusion plus haut. Sans parler des antécédents qui pourraient éclairer le diagnostic, mais qui font souvent défaut, l'habitude extérieure diffère sensiblement dans les deux cas : tandis que l'individu en léthargie, insensible et inerte, poursuit jour et nuit son lourd sommeil, interrompu seulement par des crises convulsives ou par les mouvements automatiques du rêve, le mélancolique, raidi dans son impassibilité voulue, contracte ses traits lorsqu'on s'approche, rentre dans le calme quand on s'éloigne, et la nuit venue, après avoir pris insensiblement la position la plus favorable, échange sa somnolence feinte contre un sommeil véritable, que décèlent parfois ses ronflements (Gairdner). — Bien plus, tandis que le premier, entièrement privé de conscience, laisse aller sous lui ses urines et ses matières fécales et parfois se défend contre la main qui l'alimente, l'aliéné, attentif à ce qui l'entoure, ouvre les yeux quand il ne se croit pas observé, se sert à propos du vase placé sous son lit et souvent même consomme à la dérobée les aliments qu'on laisse à la portée de sa main.

Ainsi qu'on a pu le voir par les observations qui précèdent, dans les attaques de sommeil l'hystérie est presque toujours en cause. On peut même dire, avec le profes-

(1) L'observation détaillée de ce cas est entre les mains de M. le docteur Millard, qui se propose de la publier.

seur Charcot, que très souvent ces accès léthargiques représentent un véritable *état de mal* hystérique. Tout le prouve : le mode de début après un accès de colère, ou une émotion vive (Marduel, Millard), l'existence d'attaques convulsives toniques ou cloniques (Ward-Cousins, Berdinel et Monod) qui parfois se répètent périodiquement à de très courts intervalles (Charcot, Bourneville et Regnard), comme chez cette dormeuse de la Salpêtrière qui exécute toutes les quatre ou cinq minutes une *salutation* spasmodique ; la possibilité de réveiller, momentanément au moins, beaucoup de ces malades par la compression ovarienne ; enfin les accidents variés, amaurose, aphonie nerveuse, contractures, qui survivent parfois à l'attaque de sommeil tout comme aux grands accès hystériques.

Mais si l'hystérie est la cause la plus fréquente des attaques de sommeil léthargique, elle n'est cependant pas la seule. Le même phénomène peut être observé, bien que rarement, dans l'épilepsie.

Rousseau a cité un épileptique qui, après une série de quatre crises, tomba subitement dans un profond sommeil, lequel se prolongea pendant quarante-huit heures, avec résolution musculaire complète, anesthésie cutanée, évacuations involontaires. Le réveil fut suivi d'un état vertigineux très pénible. Six heures après survint une nouvelle crise de sommeil qui dura vingt-quatre heures ; puis nouveau réveil. Les mêmes accidents se répétèrent pendant quinze jours ; le malade n'avait aucune notion du temps pendant lequel il avait dormi.

On a également signalé des faits de sommeil prolongé dans l'aliénation mentale : Semelaigne, en dehors d'une observation personnelle que nous avons peine à rattacher au sommeil pathologique, a cité dans son intéressant

(1) Rousseau. L'Encéphale, 1881.

mémoire plusieurs cas qui paraissent se rapporter à cette cause, entre autres celui d'un nommé René Bellanger (1), aliéné inoffensif, qui à la suite d'un bain forcé dans une rivière demeura immobile et s'endormit. Depuis lors il eut périodiquement, pendant plus de six ans, des accès de sommeil léthargique qui se reproduisaient deux fois par mois et duraient trois à quatre jours. Il aurait été guéri par l'hydrothérapie.

Une observation plus récente a été publiée par Rousseau, dans le travail déjà cité, relativement à un malade atteint de démence qui tombait brusquement, comme s'il eût été pris d'apoplexie, dans un sommeil profond, lequel durait parfois dix-huit ou vingt heures. Les muscles étaient dans la résolution, les paupières animées de frémissements spasmodiques, les globes oculaires convulsés en haut; il y avait anesthésie cutanée complète, incontinence de l'urine et des matières fécales. A ces attaques de sommeil succéda bientôt un assoupissement continu, dont le malade sortait à demi lorsqu'on lui adressait la parole, pour y retomber l'instant d'après.

Jusqu'à quel point ce dernier fait se rapproche-t-il des cas plus nets que nous avons décrits au début de ce paragraphe? Il est difficile de le dire, et la même difficulté se retrouve pour un grand nombre d'autres observations. Il faut bien l'avouer, l'histoire du sommeil léthargique est encore à faire et avant de l'entreprendre il sera nécessaire de recueillir des matériaux plus scientifiques que ceux actuellement à notre disposition. En présence de faits disparates, et la plupart mal observés, nous ne pouvons qu'indiquer la voie ouverte aux chercheurs de l'avenir. Nous nous bornons, quant à présent, à exposer le peu que nous savons sur les attaques de sommeil, sans prétendre tenter une étude d'ensemble évidemment prématurée.

(1) Dict. des sciences médicales, t. XXVII, p. 549.

§ III. — Mort apparente.

Ceci n'est point une variété distincte, mais plutôt un accident du sommeil léthargique. Quelquefois, par une cause qui échappe, le malade en état de sommeil se refroidit progressivement, la respiration, de plus en plus lente, devient si faible et si superficielle qu'elle ne soulève plus le thorax, les battements du cœur diminuent aussi de fréquence et deviennent imperceptibles; une pâleur de cire couvre le visage du sujet; les membres sont dans la résolution complète; les pupilles dilatées ne réagissent pas à la lumière et les cornées, recouvertes d'un enduit épithélial, offrent l'aspect louche et terne qu'elles prennent d'ordinaire après la mort. Cet état peut se prolonger plus longtemps qu'on ne croirait : grâce à la faible ventilation pulmonaire qui s'opère par diffusion dans les voies aériennes, grâce aussi et surtout à la minime activité des échanges organiques chez les hystériques, l'étincelle de vie ne s'éteint pas et, au bout d'un temps qui peut dépasser vingt-quatre heures, la respiration reprend peu à peu, les battements du cœur et du pouls redeviennent appréciables, le sang circule de nouveau jusqu'aux extrémités et le malade ou se réveille ou continue à dormir du même sommeil qu'avant la crise.

Ces attaques pseudo-syncopales peuvent se répéter plusieurs fois dans le cours d'une période de sommeil léthargique; elles peuvent aussi se produire primitivement, presque sans prodromes, et il est certain que la mort apparente dans l'hystérie a parfois trompé le public et les médecins, et occasionné des inhumations précipitées; « Ex quo morbo tam sopitæ inventæ sunt nonnullæ ut tanquam mortuæ sepulchris fuerint demandatæ, quin et earum aliquæ utero gerentes in ipsis sepulchris peperierunt. » dit Zacchias. Bien que la plupart des histoires de ce genre soient des fables inventées par la crédulité du

vulgaire, il existe dans la science des observations authentiques : Forestus, Licetus ont constaté des accès de sommeil prolongé et de mort apparente chez des hystériques; Sydenham a constaté un refroidissement qui faisait ressembler le malade à un cadavre; Pomme, dans son traité des affections vaporeuses, cite l'observation d'une jeune fille sujette à la léthargie hystérique, et qu'on eût enterrée vivante, si on n'avait pas eu connaissance du retour périodique de ces accès.

Disons pourtant que les cas de ce genre ne sauraient tromper un médecin attentif; il est rare que les battements du cœur ne puissent être perçus par l'auscultation et presque toujours on observe de temps à autre une inspiration presque imperceptible, mais suffisante pour montrer que dans ce corps privé de sentiment la vie n'est pas éteinte.

§ IV. — Hypnosie ou maladie du sommeil des nègres.

C'est avec beaucoup d'hésitation que nous avons écrit le titre qu'on vient de lire, car il se rapporte à des faits tellement obscurs et d'une interprétation si douteuse que, dans une étude générale comme celle-ci, mieux vaudrait peut-être les passer sous silence; nous nous bornerons aux détails strictement nécessaires.

Plusieurs auteurs parmi lesquels Dangaix (1), Nicolas (2), Chassaniol (3), Corre (4), Mac-Carthy, ont observé chez les nègres de la côte occidentale d'Afrique une

(1) Dangaix. Sur l'hypnosie ou maladie du sommeil. Monit. des sc. méd. et pharmaceutiques, 24 août 1861.

(2) Nicolas. De la maladie du sommeil. Gaz. hebdomad., 1861.

(3) Chassaniol. Contribution à la pathologie de la race nègre. Arch. de méd. navale, 1865.

(4) Corre. Contribution à l'étude de la maladie du sommeil. Gaz. méd. de Paris, 1876.

affection caractérisée par une somnolence invincible, aboutissant progressivement au sommeil profond, à la léthargie et à la mort.

D'après Dangaix et Nicolas, cette maladie sévirait de préférence sur les indigènes transportés aux Antilles. Elle s'annoncerait par une lassitude générale, par de l'inappétence alternant avec un appétit exagéré (Carles); bientôt le malade éprouve une certaine difficulté à relever ses paupières et il est pris à divers moments de la journée d'un besoin de dormir qu'il a beaucoup de peine à vaincre. — Au second degré les accès se rapprochent et se confondent, le sommeil est presque constant, il faut éveiller violemment le malade, le secouer pour le faire manger (Rey). Il se rendort aussitôt, au milieu de son repas, au milieu d'une phrase commencée. Cet état peut durer plusieurs mois; il est généralement accompagné d'un amaigrissement progressif dû à l'insuffisance de l'alimentation. — A la troisième période, le malade ne s'éveille plus, les stimulations de toute espèce n'arrivent pas à secouer sa torpeur. Nicolas a vu un malade qu'il pressait de boire porter le verre à sa bouche et s'assoupir avant d'avoir bu. Les malades s'éteignent ainsi progressivement, sans crise, sans douleur et sans qu'on puisse saisir le passage du sommeil à la mort.

D'autres observateurs ont décrit des symptômes tout différents: du strabisme, des convulsions, des paralysies partielles, des troubles de la sensibilité cutanée, du gonflement des ganglions du cou; à l'autopsie on trouverait les méninges congestionnées, recouvertes parfois d'une suffusion purulente; la surface de l'encéphale serait ramollie (Bérenger-Féraud).

On ne s'entend pas davantage sur les causes de l'hypnosie: en effet, tandis que les uns invoquent un état constitutionnel, comme l'anémie, la scrofule (Corre) ou la pléthore (Guérin), d'autres accusent diverses influences

déprimantes, comme la nostalgie (Carles), l'abus des plaisirs vénériens, l'alcoolisme, le haschich (Bradshaw), l'insolation (Bérenger-Féraud); d'autres enfin (Talmy) considèrent la maladie comme d'origine infectieuse et l'assimilent au choléra des poules.

Ces dissidences font supposer que les rares médecins qui se sont occupés de la maladie du sommeil ont confondu sous ce nom plusieurs états morbides très divers. En effet, d'après Nicolas (1), un de ceux qui ont traité cette question obscure avec le plus de compétence, il faudrait faire une distinction absolue entre l'hypnosie et le *nélavan*, sorte de méningo-encéphalite infectieuse qui ressemble beaucoup à la méningite cérébro-spinale épidémique et qui, la somnolence exceptée, ne présente avec le *lethargus* proprement dit (c'est ainsi que les Anglais appellent la maladie du sommeil) qu'une très lointaine analogie.

Nous n'avons aucun élément pour juger la question, mais il est certain que l'hypnosie, affection spéciale aux nègres de Guinée, s'éloigne absolument, quelle que soit sa nature, des faits qui font l'objet principal de cette étude; il nous suffit donc de l'avoir signalée sans nous attarder à la décrire plus en détail.

Si nous faisons abstraction du dernier paragraphe, nous pouvons résumer ce chapitre en disant qu'il existe une forme de sommeil morbide caractérisée par une torpeur absolue des facultés intellectuelles avec anesthésie sensitivo-sensorielle, résolution musculaire (accompagnée ou non d'exagération de l'excitabilité réflexe), ralentissement marqué des échanges nutritifs, parfois même de la respiration, de la circulation et de l'hématose : nous désignons cet état sous le nom de sommeil léthargique. Il

(1) Nicolas. Sur les différences qui existent entre la maladie du sommeil et le nelavan. Acad. des sciences, 10 mai 1880.

diffère des états comateux observés dans un grand nombre de maladies par ce fait qu'il peut apparaître au milieu d'une santé en apparence parfaite, que son début est brusque, sa durée souvent démesurément prolongée, sa cessation parfois aussi subite que son début, sa récidive si fréquente qu'il est peu d'exemples d'une attaque de sommeil léthargique non suivie de plusieurs autres. L'hystérie, ou pour parler plus exactement, l'état névropathique semble être la cause ordinaire qui le fait naître, et cette condition étiologique jointe à beaucoup d'autres points d'analogie en fait une affection de la même famille que le somnambulisme. Nous allons voir qu'il en est de même pour la troisième forme du sommeil pathologique qui nous reste à étudier : la catalepsie.

CHAPITRE III

DE LA CATALEPSIE.

La confusion que nous avons signalée plus haut dans l'histoire de l'hypnosie africaine est peu de chose si on la compare à celle qui règne dans la science à propos de la catalepsie, et les observations publiées sous ce titre forment la collection la plus disparate qu'on puisse imaginer.

C'est que la plupart des auteurs qui ont employé ce mot ont complètement négligé d'en donner une définition précise, et l'ont appliqué aux formes morbides les plus diverses : les uns l'ont considéré comme une maladie distincte, d'autres comme un symptôme commun à une foule de maladies ; certains en ont fait un état caractérisé par l'impossibilité de se mouvoir, avec conservation de

la conscience, et l'ont confondu ainsi avec la léthargie lucide; d'autres, s'attachant exclusivement à un symptôme, ont vu de la catalepsie dans tous les cas où les membres du malade conservaient les attitudes qu'on leur faisait prendre.

Cette confusion est telle que certains auteurs, dont Falret, se sont demandé, en comparant les observations entre elles, si la catalepsie constituait une entité morbide définissable et si les accidents protéiformes qu'on lui attribuait n'étaient pas des associations de symptômes empruntés à d'autres maladies.

De fait, il vaudrait peut-être mieux rayer le mot de catalepsie du langage médical et trouver, pour désigner les phénomènes réunis à tort sous ce nom, d'autres dénominations qui ne prêtassent point à l'équivoque. Mais les noms consacrés par l'usage ne sont pas faciles à remplacer et il est plus prudent de se borner à en préciser l'emploi. — Or, grâce à l'étude expérimentale des phénomènes du sommeil pathologique, reproduits par l'hypnotisme, on a pu obtenir l'état cataleptique vrai, dégagé des symptômes accessoires qui le défigurent souvent dans les faits cliniques.

Nous pouvons donc distinguer la catalepsie proprement dite, parmi toutes les formes morbides indûment confondues sous ce nom, et en tracer une description régulière.

Nous définirons la catalepsie une forme de sommeil pathologique caractérisée à la fois par la perte du sentiment, par l'abolition de la motilité volontaire, et par une exagération de la tonicité statique des muscles, d'où il résulte que le tronc et les membres prennent sans résistance et conservent sans effort pendant un temps indéfini toutes les positions qu'on leur communique.

La catalepsie se manifeste en général sous forme d'accès d'une durée plus ou moins longue. L'invasion des

accès peut être subite : dans ce cas ils succèdent le plus souvent à une vive émotion morale. Une enfant de 5 ans citée par Tissot (1), vivement choquée de ce que sa sœur avait pris la première dans le plat un morceau qu'elle convoitait, étendit sa main armée d'une cuiller et demeura tout à coup immobile ; elle conserva cette position pendant plus d'une heure. Fehr (2) rapporte le cas d'un magistrat qui, injurié au milieu de son réquisitoire, demeura muet, la bouche béante, les yeux ouverts et menaçants, le poing tendu vers son insulteur. J. Franck a vu un homme pris de catalepsie en montant une échelle. D'après Lafaille (3) deux cordeliers furent atteints en entendant la lecture de la Passion, au *Consummatum est*, et demeurèrent immobiles dans l'attitude de la dévotion.

Dans d'autres cas l'invasion est plus lente, et précédée de symptômes précurseurs tels que de la céphalalgie, des douleurs épigastriques, une sensation de constriction à la gorge ou d'autres troubles nerveux. Elle peut aussi succéder à une véritable attaque d'hystérie et même, ainsi qu'on le verra, à une autre forme de sommeil pathologique.

Quel que soit le début, l'accès cataleptique une fois déclaré présente une physionomie remarquablement constante. Le malade est immobile comme une statue et conserve la position dans laquelle il a été surpris ; les yeux sont ouverts et fixes, les paupières sans clignement, la physionomie est tantôt inerte, tantôt elle porte l'empreinte de la colère ou de la frayeur. La motilité volontaire est, comme nous l'avons dit, entièrement abolie, mais les membres ne sont point paralysés ; ils ne sont pas davantage dans l'état de raideur ou de contracture que certains

(1) Tissot. Œuvres complètes, t. II, ch. XXI.
(2) Fehr. Hiera picra, seu de Absinth., 1667.
(3) Lafaille. Ann. de Toulouse, 1re part., 1415, p. 167.

auteurs ont confondu à tort avec la catalepsie ; ils offrent au contraire une souplesse remarquable, qui a été comparée souvent à la flexibilité de la cire (flexibilitas cerea), mais cette expression ne rend qu'imparfaitement la parfaite docilité avec laquelle les membres se laissent déplacer et conservent sans effort apparent toutes les positions qu'on leur communique. On peut varier les attitudes à l'infini, étendre ou élever les bras, incliner le tronc dans tous les sens ou le faire tenir tout entier sur les ischions ; si incommode que soit la position, pourvu qu'elle soit compatible avec les lois de l'équilibre, le malade la conserve sans changement et cela pendant un temps quelquefois fort long. On peut modifier cette posture avec la même facilité et la remplacer par une autre toute différente ; les membres n'opposent aucune résistance, tout au plus faut-il parfois les maintenir pendant quelques secondes avant de les abandonner à eux-mêmes. Si on met le malade debout et si on le pousse en avant, il fait un pas ou deux à la manière d'un automate, et retombe aussitôt dans son immobilité.

Pendant toute la durée de l'accès, l'anesthésie sensitive et sensorielle paraît complète ; les excitations cutanées les plus violentes ne déterminent aucune réaction. L'entendement et la conscience sont également supprimés : sauf dans quelques cas rares le malade est absolument étranger à ce qui se passe autour de lui. Cependant les fonctions organiques ne paraissent nullement troublées, la respiration un peu ralentie est régulière, le pouls conserve son rythme habituel, les autres fonctions continuent à s'exercer régulièrement.

La longueur de la crise est variable ; elle est ordinairement d'une à deux heures au plus ; elle peut atteindre une journée entière. On a même cité des états cataleptiques qui avaient duré des semaines, mais il s'agissait alors d'accès complexes interrompus par d'autres phé-

nomènes nerveux (état léthargique, attaques de contracture, accès hystériques proprement dits). Quant à la durée de la persistance des attitudes, elle varie selon les sujets et aussi (bien qu'à un moindre degré) selon que ces attitudes sont plus ou moins en opposition avec les lois de la pesanteur. Il est difficile d'ajouter foi sur ce point aux anciennes observations, où la recherche du merveilleux est trop évidente. Le professeur Charcot, dans ses recherches sur la catalepsie provoquée, a vu l'extension horizontale du bras persister pendant une demi-heure en moyenne; au bout de ce temps le membre retombait graduellement le long du corps; Berger (de Breslau) a vu les attitudes cataleptiques les plus anormales se maintenant pendant une heure, deux heures et même jusqu'à sept heures consécutives chez une jeune fille qui fut gardée à vue sans interruption.

La terminaison de l'accès est en général aussi subite que le début. Elle est tantôt spontanée, tantôt provoquée par une influence extérieure; comme nous le verrons plus loin, il suffit pour mettre fin à l'état cataleptique de fermer doucement les paupières du malade, mais alors il tombe dans un sommeil léthargique, et il est nécessaire pour l'en faire sortir d'employer d'autres moyens : le meilleur est de lui souffler doucement au visage. Quand l'accès de catalepsie se termine spontanément, les muscles perdent tout à coup leur tonicité et les membres retombent dans la résolution.

Le malade semble sortir d'un long sommeil; il reprend graduellement l'usage de ses sens et se souvient si peu de ce qui s'est passé qu'il continue une phrase interrompue ou achève un mouvement suspendu au début de l'attaque.

Tel est l'aspect général de l'état cataleptique, qui présente naturellement de nombreuses variétés selon les sujets.

Une observation due à Eichmann (1) est tout à fait typique ; une jeune dame était prise subitement d'attaques cataleptiques ; elle interrompait la phrase commencée et restait immobile dans la position qu'elle avait avant l'accès ; la flexibilité des membres était absolue ; toutes les sensibilités, tant générales que spéciales, étaient complètement abolies, la pupille ne réagissait pas même à la plus forte lumière ; le visage était pâle, le pouls lent et plein, la respiration très faible, la température de la peau un peu abaissée ; l'accès se terminait aussi subitement qu'il avait commencé, la malade reprenait la conversation où elle l'avait laissée ; il y avait amnésie complète.

Un petit garçon bien portant, âgé de 9 ans, observé par Mayer (2), fut trouvé un matin à 7 heures en état de catalepsie. Le pouls régulier était à 60, la respiration lente et superficielle, la face pâle, les globes oculaires convulsés en haut ; la sensibilité cutanée complètement abolie. A 2 heures de l'après-midi, il se réveilla brusquement avec un soupir ; les pupilles étaient très dilatées. Pendant cinq ou six jours les accès se répétèrent quotidiennement aux mêmes heures ; ils cessèrent après l'administration d'un vermifuge, qui amena l'expulsion de nombreux ascarides.

Dans certains cas les accès sont précédés de symptômes nerveux, manifestement hystériques : un jeune paysan de 28 ans, dont Hübertz (3) a recueilli l'histoire, fut pris périodiquement pendant huit années de crises caractérisées par une tension au creux épigastrique et une sensation de constriction du thorax, à la suite de laquelle il tombait dans un état d'automatisme, conservait

(1) Eichmann. Katalepsie. Preuss. Vereinsszeitung, n° 21 1849.

(2) Mayer. Ann. de la Soc. médicale d'Anvers, mai 1863.

(3) Hübertz. Canstatt's Jahresbericht, 1843.

toutes les attitudes qu'on lui faisait prendre, marchait sans résistance quand on le conduisait par la main, et, livré à lui-même, restait immobile les mains dans les poches. Il ne prenait pas de nourriture, mais mâchait et avalait lentement les aliments qu'on lui mettait dans la bouche.

On a vu que dans la catalepsie il y a généralement anesthésie sensitivo-sensorielle complète et inconscience absolue. Cette règle comporte cependant quelques exceptions, et il y a des malades qui voient et entendent, et se rendent compte de ce qui se passe autour d'eux. Indépendamment des histoires assez nombreuses rapportées par les anciens auteurs, tels que Cœlius Aurelianus, on peut citer à ce point de vue une observation fort curieuse de Jones relative à un artisan de 60 ans qui, ayant eu le moral ébranlé par la mort de sa femme, fut pris, après divers accidents nerveux, d'un accès cataleptique. Durant cet accès, qui se prolongea pendant huit heures, on put lui faire prendre et garder les attitudes les plus incommodes et les plus grotesques; il paraissait insensible et les excitations extérieures les plus diverses ne provoquaient aucune réaction. Cependant il déclara ensuite n'avoir pas perdu connaissance, avoir vu et entendu les assistants, avoir senti les moyens thérapeutiques employés (douches froides, électrisation), et avoir souffert des attitudes ridicules qu'on lui donnait; mais tout cela sans pouvoir donner signe de vie, ni surtout faire le moindre mouvement pour se défendre.

Ce fait, comme nous le verrons plus loin en étudiant la catalepsie provoquée, est tout à fait anormal; il montre que dans les névroses, plus encore que dans les autres maladies, les types cliniques sont susceptibles de déviations nombreuses et que toutes les combinaisons de symptômes peuvent être observées.

On peut mettre à côté du cas précédent une forme

rare et anormale, qui a été confondue avec la catalepsie, bien qu'elle présente un tableau clinique exactement inverse : c'est la léthargie lucide, état singulier dans lequel les membres sont flasques, les muscles (même ceux des paupières) incapables du moindre mouvement, la respiration et le pouls presque suspendus, et dans lequel pourtant les sens fonctionnent, l'intelligence reste éveillée, la conscience du moi subsiste. Crichton, cité par Hack Tuke (1), a rapporté un cas de léthargie lucide dans lequel la malade fut réveillée par l'émotion que lui causèrent les apprêts de ses funérailles : « Au jour marqué pour les obsèques, on chanta des hymnes devant la porte. La malade avait conscience de tout ce qui se passait autour d'elle et entendait ses amis déplorer sa perte. Elle sentit qu'on la revêtait du linceul et qu'on la plaçait dans la bière, ce qui lui causa une inexprimable angoisse. Elle essaya de crier, mais sa volonté était sans action sur ses muscles ; elle avait beau essayer d'étendre les bras, d'ouvrir les yeux, cela lui était également impossible. Quand on se mit en devoir de clouer le couvercle du cercueil, son angoisse devint si vive qu'elle commença à réagir sur son état physique, une légère sueur apparut sur son visage et augmenta rapidement ; bientôt de légères convulsions agitèrent ses mains et ses pieds ; enfin elle ouvrit les yeux et poussa un cri de détresse. »

Nous pourrions citer d'autres observations analogues, mais il nous semble inutile d'insister. Revenons à la catalepsie.

Le diagnostic de cette forme de sommeil pathologique exige une certaine attention de la part du médecin, et c'est au défaut d'attention, non moins qu'à la confusion des idées régnantes, qu'il faut attribuer le grand nombre

(1) Hack Tuke. The influence of the mind upon the body. London, 1872.

d'observations publiées sous le titre de catalepsie et relatives en réalité à toute autre chose.

Les attaques d'hystérie avec tout leur cortège de symptômes compliqués, avec les crises tétaniques, les contractures provoquées qu'on y rencontre, en ont souvent imposé pour des accès cataleptiques et les observateurs sont d'autant plus facilement tombés dans l'erreur que l'hystérie est une des causes les plus fréquentes (pour ne pas dire la plus fréquente) de la catalepsie. Aujourd'hui que les travaux de Charcot et de son école sur le sommeil nerveux provoqué ont permis de distinguer nettement tous ces phénomènes les uns des autres, on peut voir clair dans les anciennes observations : c'est ainsi que le fait de Puel (1), par exemple, n'a rien à faire avec la catalepsie, mais se rapporte évidemment à des attaques hystériques avec diathèse de contracture et hyperexcitabilité musculaire. Les observations de Dassit (2), de Bellingham (3), de Camps (4), appartiennent à la même catégorie.

Les cas de mélancolie avec stupeur, dans lesquels les malades, dans le but de tromper, ou en raison de leur passivité, conservent parfois très longtemps les attitudes qu'on leur communique, ont aussi engendré des erreurs. C'est probablement un cas de ce genre qui a trompé Skoda (5) et plusieurs autres observateurs. Ces malades se distinguent des cataleptiques vrais en ce qu'ils présentent bientôt des signes de fatigue, du tremblement des membres maintenus en position gênante, etc.

(1) Puel. Mém. de l'Acad. de méd. de Paris, t. XX, p. 409, 1858.

(2) Dassit. Bull. gén. de thérapeutique, août 1841.

(3) Bellingham. Dublin med. Press., 1846.

(4) Camps. Brit. med. Journal, 24 janv. 1857.

(5) Skoda. Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte von Wien, 1862.

En dehors de ces circonstances, le diagnostic de la catalepsie est facile à faire, en s'appuyant sur les symptômes que nous avons indiqués.

Les causes de la catalepsie, comme on a pu le voir d'après les quelques observations que nous avons citées, sont encore et toujours les mêmes que celles des autres formes de sommeil pathologique : l'état nerveux dans toutes ses formes et avant tout l'hystérie, telle est la cause presque constante de cette étrange forme morbide. Parmi les causes occasionnelles, plusieurs auteurs ont signalé les vers intestinaux (Van Swieten, Pinel, Mayer, Hübertz), mais les impressions subites et violentes, soit psychiques comme l'annonce d'un danger ou d'un malheur imprévu, soit sensorielles comme un bruit violent, une lumière vive, l'éclat de la foudre, etc., paraissent intervenir très fréquemment pour provoquer les accès.

Si la catalepsie reconnaît en somme les mêmes causes que le somnambulisme et le sommeil léthargique, il est vraisemblable qu'elle constitue un phénomène de même nature, et c'est encore la dissociation de l'activité des différents centres nerveux qu'on peut invoquer pour expliquer l'état si particulier des cataleptiques. Que l'on suppose exaltée la faculté de coordination des mouvements, et suspendue l'activité des centres corticaux qui président à la volition, on n'aura pas de peine à comprendre la catalepsie. En admettant que l'activité cérébrale était abolie chez le cataleptique, Eulenburg nous paraît avoir dépassé la vérité : si l'activité cérébrale était réellement supprimée, celle de l'axe médullaire subsistant seule, il y aurait exagération des réflexes. Or c'est ce qui n'a pas lieu. Il vaut mieux dire avec Holm (1) qu'il y a simultanément interruption de la conductibilité entre le *sensorium commune* et le centre moteur, et action automatique de ce dernier centre sur l'innervation muscu-

(1) Holm. Nord med. Arkiv., 1871.

laire intacte. L'instinct de la stabilité persiste, il est même plus développé qu'à l'état normal, et c'est la parfaite harmonie qui règne entre tous les muscles qui nous explique en partie comment le cataleptique maintient sans fatigue les attitudes les plus gênantes ; mais le sujet est passif, il ne veut pas se mouvoir, parce qu'il *ne peut pas* vouloir. Bien que l'on modifie sa position, en réalité son état ne change pas, et la distribution de l'influx neuro-musculaire n'est aucunement modifiée : selon la remarque de Benedikt, comme chaque muscle que l'on allonge d'une quantité donnée perd une partie de sa puissance égale à celle qu'il gagnerait par un raccourcissement de même quantité, il est clair que si des muscles antagonistes ont une tonicité ou tension suffisante pour maintenir les leviers osseux dans une certaine position, la même tension suffira pour le maintien de toute autre attitude. Il n'est donc pas nécessaire de faire intervenir, comme le veut Rosenthal, une exagération des réflexes d'origine osseuse ou articulaire.

CHAPITRE IV.

DES RELATIONS QUI EXISTENT ENTRE LES DIVERSES FORMES DU SOMMEIL PATHOLOGIQUE.

Nous nous sommes attaché, dans les pages qui précèdent, à montrer successivement chacune des formes du sommeil morbide avec ses caractères spéciaux, tels qu'on les observe dans les cas simples et dégagés de toute complication.

Mais ces cas types ne sont pas, il faut bien le dire, les plus fréquents, et dans la majorité des faits, les phéno-

mènes de somnambulisme, de sommeil léthargique, de catalepsie, sont précédés, accompagnés et suivis d'une série d'autres accidents nerveux; ils ne forment pour ainsi dire qu'un anneau dans une longue chaîne de désordres variés.

Or, il est des cas nombreux où, parmi ces accidents précurseurs ou consécutifs on découvre d'autres formes du sommeil pathologique : à la suite du somnambulisme c'est la catalepsie qui apparaît, aux accès léthargiques succède l'extase, et ces manifestations, en apparence si diverses, peuvent alterner les unes avec les autres, donnant ainsi une preuve de plus de l'étroite parenté qui les unit.

Sauvage de la Croix, cité par Bourdin, a observé une jeune fille de vingt ans qui était fréquemment prise d'accès de catalepsie, auxquels succédait une période de somnambulisme actif, pendant laquelle la malade circulait les yeux ouverts, parlait et conversait avec des personnes imaginaires, répétait textuellement une instruction de catéchisme qu'elle avait entendue le jour précédent, etc. Elle était insensible à toutes les excitations extérieures. Une crise de catalepsie mettait fin à l'accès somnambulique, et la malade se réveillait ensuite comme d'un profond sommeil, sans aucun souvenir de ce qui s'était passé.

On doit à Prina (1) l'histoire d'une jeune fille de vingt ans, aménorrhéique, qui fut prise de toux nerveuse et de divers troubles vaso-moteurs et ne tarda pas à tomber dans un état léthargique, interrompu par des attaques d'extase, auxquelles se joignirent bientôt des accès cataleptiques, puis des crises de délire avec visions effrayantes. Dans les périodes de rémission, la malade présentait une amaurose presque complète, avec réaction pupillaire normale, et une anesthésie cutanée absolue.

(1) Prina. Gaz. med. di Milano, 1844.

Haase (1) a fait connaître l'observation d'une autre malade, âgée également de vingt ans, sujette aux attaques de nerfs, qui, étant tombée à l'eau, fut prise, quoiqu'on l'eût retirée aussitôt, de convulsions suivies de pertes de connaissance. L'accès dura huit semaines, pendant lesquelles les attaques convulsives alternèrent avec des crises cataleptiques (flexibilitas cerea) et des périodes de léthargie ; ces dernières se prolongeaient pendant plusieurs heures et même une journée entière ; elles étaient parfois accompagnées d'un abaissement très marqué de la température, et de tous les phénomènes de la mort apparente. Au bout de deux mois, la malade s'éveilla subitement, sans avoir aucun souvenir de ce qui s'était passé depuis l'accident.

La malade de Mesnet (2), Madame X..., présenta successivement, après de violentes attaques hystériques, des périodes plus ou moins longues de catalepsie parfaite, puis des accès de grand somnambulisme, puis encore de la catalepsie, enfin de l'extase, et les différents états se succédèrent, alternèrent les uns avec les autres pendant plusieurs semaines.

Mais les faits les plus démonstratifs au point de vue du mélange entre elles des différentes formes cliniques du sommeil pathologique, sont assurément ceux relatifs à ces épidémies de manie religieuse dans lesquelles l'exaltation mystique aidée par l'esprit d'imitation a développé à la fois chez de nombreux sujets les phénomènes nerveux les plus variés.

Sans rappeler les faits trop connus des exorcistes de Loudun, des inspirés cévenols, des convulsionnaires de Saint-Médard, nous citerons seulement comme exemple de ce genre une petite épidémie religieuse qui fut obser-

(1) Haase. Archiv. der Heilkunde, 1868.
(2) Mesnet. Archives de médecine, 5e série, t. XV, 1860.

vée en 1853 dans une école de filles à Nieder-Eggenen, petit village de la Forêt-Noire, et dont la relation très intéressante a été publiée dans les bulletins de l'Association des médecins du grand-duché de Bade (1).

Les phénomènes morbides furent observés à la fois sur une dizaine de petites filles, âgées de 12 à 15 ans. Il y eut au début des manifestations hystériques diverses : soupirs, mouvements répétés de déglutition, roideurs et soubresauts des membres, tremblement, etc., puis les accidents passèrent par trois phases distinctes, dont chacune fut constatée simultanément chez toutes les petites malades. Ce fut d'abord une chorée qui dura plusieurs mois ; ensuite vinrent des attaques de sommeil pendant lesquelles se produisirent des accès de somnambulisme avec visions, chants religieux, etc. Enfin la troisième phase fut caractérisée par des attaques de rigidité avec manie prédicante, durant environ une demi-heure, et se terminant brusquement par le réveil, avec amnésie complète.

Voilà donc une série de faits complexes dans lesquels nous trouvons la léthargie, le somnambulisme, l'extase, la catalepsie, toutes les formes, en un mot, du sommeil morbide associées, confondues parmi les accidents de la grande névrose qui joue chez tous ces malades le rôle prépondérant : l'hystérie.

Or dans l'étude approfondie que nous avons faite de chaque sommeil pathologique envisagé isolément, qu'avons-nous trouvé constamment à la base de l'étiologie ? L'hystérie toujours, ou pour mieux dire l'état névropathique.

De ce double rapprochement étiologique et symptomatologique, ne sommes-nous pas en droit de conclure que tous les sommeils non naturels sont proches parents, qu'ils

(1) Eine Schulepidemie. Mittheil. des badischen ärztl. Vereins, 1853.

peuvent se succéder ou se transformer l'un dans l'autre chez le même sujet, enfin qu'ils appartiennent en réalité à un même état morbide, à cette maladie protéiforme qui prend dans la pathologie moderne une place chaque jour plus grande, qui, pour mieux dire, est en train de constituer une pathologie nouvelle à côté de l'ancienne : maladie *sine materiâ* que, dans l'ignorance où nous sommes de sa véritable nature, nous sommes réduits à appeler l'*état nerveux ?*

Cette unité d'origine et de nature des diverses formes du sommeil pathologique, qui s'impose à nous comme très vraisemblable de par l'observation clinique, nous allons la voir encore plus irréfutablement démontrée par l'expérimentation.

En effet, tous ces phénomènes si bizarres et si variés que nous avons décrits dans les chapitres précédents, on peut les reproduire presque à volonté chez les sujets prédisposés, et cela non par des moyens surnaturels (comme le croient encore bien des gens), mais par une série de procédés extrêmement simples dont l'action unique est de troubler momentanément l'équilibre du système nerveux chez le sujet en expérience, et de favoriser cette dissociation des fonctions cérébrales, condition première de tous les sommeils morbides.

C'est à la description du sommeil nerveux expérimental, autrement dit de l'hypnotisme, que sera consacrée la seconde partie de ce travail.

DEUXIÈME PARTIE

De l'hypnotisme ou sommeil nerveux provoqué

Il y a peu d'années encore, un candidat à l'agrégation, obligé d'aborder dans sa thèse la question de l'hypnotisme, se serait trouvé dans un grand embarras. Les phénomènes réunis sous ce nom étaient si obscurs et si mal connus, il s'attachait à toutes les pratiques de ce genre un tel renom de charlatanisme, que les médecins, sauf de rares exceptions, évitaient d'en parler et reléguaient volontiers le sommeil nerveux parmi les questions qu'on ignore volontairement, faute de savoir les éclaircir.

Un homme que sa haute renommée de neuro-pathologiste mettait au-dessus du soupçon, a bravé le préjugé. Portant dans l'étude de ces difficiles problèmes la méthode et la précision scientifique dont tous ses travaux portent l'empreinte, il a su dépouiller l'hypnotisme (le magnétisme si l'on veut) de ce voile mystérieux dont l'avait revêtu la crédulité publique. Il en a classé les symptômes, en a défini les lois et a montré que tous les phénomènes avérés étaient justiciables d'une interprétation physiologique. Cet homme est M. le professeur Charcot. Dans l'exposé qui va suivre, nous nous guiderons principalement sur ses travaux et ceux de ses élèves. Les faits qu'ils ont mis en lumière sont, à l'heure qu'il est, pleinement démontrés; ils ont été vérifiés nombre de fois en tous pays ; seuls ils peuvent servir de base à une étude comme la nôtre. Quant aux résultats disparates et souvent contradictoires obtenus par d'autres observateurs, dont

quelques-uns n'ont peut-être pas su s'entourer de toutes les garanties nécessaires, nous ne les mentionnerons qu'incidemment et avec la plus grande réserve, persuadé qu'en matière d'hypnotisme comme en bactériologie, comme dans toutes les questions neuves et difficiles, les témoignages se pèsent et ne se comptent pas.

Après avoir jeté un rapide coup d'œil sur l'historique de l'hypnotisme, nous énumérerons les divers moyens par lesquels on peut provoquer le sommeil nerveux. Nous décrirons ensuite les symptômes et les phases de l'hypnose, tels qu'on les observe tous les jours à la Salpêtrière, et après ce tableau général, nous reprendrons, au point de vue analytique, l'étude de chacun des phénomènes que nous aurons constatés. Puis nous tâcherons d'élucider la difficile question de la nature et de la pathogénie du sommeil nerveux, et nous terminerons par quelques considérations thérapeutiques et médico-légales.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE

Le fait qu'il est possible par certains procédés de plonger un individu dans un sommeil particulier, différant à beaucoup d'égards du sommeil physiologique, ce fait a été connu dès une haute antiquité par les peuples orientaux.

En Egypte, une secte très ancienne enseigne à ses disciples les pratiques du *Mandeb* qui se rapprochent beaucoup des procédés d'hypnotisation que nous décrirons plus loin. Selon Rossi, médecin au Caire (1), les adeptes du

(1) Demarquay et Giraud-Teulon. Recherches expérimentales sur l'hypnotisme. Paris, 1860.

mandeb endorment leurs sujets en leur faisant regarder fixement, soit une assiette blanche, au fond de laquelle est peinte une inscription cabalistique entourée de deux triangles croisés, soit même une simple boule de cristal.

Au dire de tous les voyageurs, les fakirs de l'Inde se plongent eux-mêmes dans le sommeil nerveux par la fixation prolongée d'un point imaginaire dans l'espace ou même de l'extrémité de leur nez.

Les moines grecs du mont Athos arrivaient, comme on le sait, à se plonger dans l'extase par la contemplation ininterrompue de leur nombril et cette étrange coutume leur a valu le surnom d'omphalo-psychiens.

Ajoutons, sans songer à faire un rapprochement irrévérencieux, que dans tous les pays, les enfants de la campagne connaissent depuis un temps immémorial l'art d'endormir les coqs en leur mettant une paille sur le bec.

Mais ces pratiques populaires n'avaient jamais attiré sérieusement l'attention des médecins, et c'est bien à Braid que revient l'honneur d'avoir découvert et étudié scientifiquement le sommeil nerveux et les moyens de le produire.

Pour bien montrer l'importance de la découverte de Braid et la lumière qu'elle a jetée sur toute une série de phénomènes jusqu'alors réputés fabuleux, ou tout au moins inexplicables, il est nécessaire de jeter un coup d'œil en arrière sur l'histoire de ce qu'on a appelé le mesmérisme ou le magnétisme animal.

Parmi les idées vagues et demi-scientifiques répandues en si grand nombre par les alchimistes du moyen âge, celle de Paracelse, admettant qu'un fluide vital émané des astres met en communication les êtres entre eux, était faite pour séduire les esprits toujours avides de ce qui est étrange et merveilleux.

Selon le fameux empirique d'Einsiedeln, tout homme

possède en lui une vertu attractive et cachée, un *magnès* lui permettant, s'il est sain, d'attirer l'aimant des personnes malades.

Ce système, dit de la *sympathie magnétique*, trouva, en Allemagne surtout, de nombreux partisans. Glocénius et Van Helmont l'adoptèrent en partie. Robert Fludd, philosophe anglais, s'efforça de lui donner une base scientifique à l'aide d'une théorie où il faisait intervenir la notion des pôles et des influences attirantes ou répulsives.

Sébastien Wirdig, en 1673, puis Maxwell, condensèrent toutes les rêveries astrologiques et magnétiques et les formulèrent en un corps de doctrine qui ne laissa pas de se répandre progressivement dans le vulgaire.

En France, les théories magnétiques avaient obtenu peu de succès. Elles étaient même à peu près oubliées lorsque vint à Paris, en 1778, un aventurier viennois du nom de Mesmer. Ce personnage actif et intrigant, avide de réputation et surtout d'argent, apportait avec lui un système de traitement fondé sur la doctrine magnétique, et très habilement combiné pour faire impression sur un public toujours trop crédule. La base de son système était simple : tous les êtres sont imprégnés d'un fluide universel qui a son origine dans les corps célestes ; la santé ou la maladie dépendent de la quantité de fluide répandue dans le corps et de sa répartition.

Or, tout individu imprégné de ce fluide peut le répandre au dehors, le faire passer dans le corps d'un autre individu et dans les substances inanimées, telles que l'eau, le verre, les métaux, le bois qui deviennent magnétiques par son contact.

Pour appliquer cette théorie à la médecine, il suffit qu'un opérateur habitué fasse passer son fluide dans le corps des malades, ce qui a lieu par l'attouchement et le regard. Le magnétiseur, le dos tourné au nord, s'assied en face du sujet, les genoux touchant les genoux, les

yeux dans les yeux, les mains sur les hypochondres ou sur la région lombaire. Par ce contact, le fluide est transmis d'un organisme à l'autre; le fluide prépondérant du magnétiseur fortifie celui de l'opéré, se distribue dans tous ses organes et fait cesser les troubles qui étaient la conséquence d'une mauvaise répartition.

Nous ne reproduirons pas les vingt-sept propositions dans lesquelles Mesmer a formulé ses doctrines : ramassis obscur d'hypothèses vagues, d'affirmations sans preuves et d'absurdités revêtues d'un langage scientifique, elles méritaient bien le dédain avec lequel elles furent accueillies par tous les savants.

Mais si la doctrine de Mesmer ne supportait pas l'examen, les résultats qu'il obtenait par son procédé étaient trop manifestes pour ne point captiver l'attention publique; les sujets soumis à ses manœuvres en éprouvaient ou semblaient en éprouver des effets extraordinaires. C'était une sensation de poids à l'épigastre, une constriction des tempes, un malaise indéfinissable ; bientôt le malade suffoqué renversait la tête en arrière, poussait des gémissements, entrait même en convulsions. Calmé par l'opérateur, il se déclarait soulagé, parfois même entièrement guéri de ses maux.

Bientôt l'engouement du public était devenu tel que Mesmer ne suffisait plus aux nombreux malades qui venaient réclamer ses secours. Trop ingénieux pour ne pas profiter d'une vogue si fructueuse, il inventa alors le *baquet*, qui permettait de magnétiser à la fois un nombre indéfini de personnes.

Dans une grande salle close de toutes parts et faiblement éclairée se trouvait une caisse circulaire en bois de chêne, de six pieds de large et d'un pied et demi de hauteur ; dans cette caisse, remplie d'eau, un mélange de verre pilé et de limaille de fer sur lequel reposaient des bouteilles disposées d'une façon particulière. Par les

trous du couvercle sortaient des tiges de fer dont une extrémité plongeait dans le liquide et dont l'autre, coudée et terminée en pointe, pouvait s'appliquer au corps des malades. Ceux-ci étaient assis sur plusieurs rangs autour de la cuve et reliés entre eux par une corde partant du baquet. Les tiges étaient censées amener le fluide sur les adeptes, la corde les unissant entre eux en assurait l'égale répartition.

Un piano-forte, jouant des airs variés, aidait par ses vibrations à la diffusion du fluide.

Quand les effets tardaient à se produire, le maître intervenait en personne, touchait de sa baguette la tige centrale du baquet ou simplement l'un des malades. « Aussitôt le fluide forme un véritable torrent : » les yeux s'égarent, les gorges palpitent, les membres se raidissent ; les femmes surtout poussent des cris, se renversent en arrière, se jettent les unes sur les autres ; quelques-unes tombent en convulsions et vont donner de la tête contre les parois matelassées. Mais bientôt le maître, par quelques passes, fait cesser tout ce désordre. Les patients sont guéris ou croient l'être.

Inutile de dire que les commissions de l'Académie des sciences et de la Société de médecine nommées pour examiner la doctrine de Mesmer et sa méthode ne trouvèrent rien d'aimanté dans le baquet ; le médecin viennois avait du reste prévu cette objection en déclarant dans sa vingtième proposition, que le fluide magnétique *animal* diffère absolument du fluide magnétique *minéral*. Quant aux effets produits, les commissaires observant qu'il s'agissait exclusivement de phénomènes nerveux, qu'ils se produisaient surtout chez les femmes et plus spécialement lorsqu'elles étaient réunies en grand nombre autour du baquet, en conclurent qu'il n'était nul besoin d'invoquer pour leur explication la présence d'un fluide inconnu ; trois causes concouraient à les produire : les attouche-

ments, l'imagination, l'imitation. Dans leur rapport, déposé le 11 août 1784, les commissions déclarèrent nettement que le magnétisme animal n'existe pas, que ses vertus curatives sont nulles et ses pratiques dangereuses et même scabreuses.

Peu après ce verdict, Mesmer, discrédité par des insuccès notoires et abandonné par la mode, vit son influence s'évanouir aussi vite qu'elle était née ; il ne tarda pas à quitter la France, emportant comme consolation plus d'un demi-million extorqué à la crédulité parisienne.

Mais le magnétisme n'était pas mort ou plutôt il allait renaître de ses cendres.

Vers la même époque, en 1784, le marquis Chastenet de Puységur, instruit des pratiques de Mesmer, les essaya sur quelques paysans de sa terre de Buzancy. Il obtint des résultats inattendus : un jeune villageois, atteint d'une fluxion de poitrine, s'endormit sous l'influence des passes magnétiques et se mit à parler dans son sommeil, à chanter des airs, à désigner les objets qu'on lui présentait. Ces phénomènes se répétèrent sur plusieurs autres sujets et bientôt Puységur, assailli à son tour par la foule des malades, se vit obligé pour y suffire de magnétiser un arbre. Les patients s'asseyaient sur plusieurs bancs, tenant entre les mains des cordes attachées au tronc et aux branches et alors commençait une scène analogue à celle du baquet de Mesmer. Mais bientôt Puységur, choisissant entre ses malades un sujet plus impressionnable, le touchait de ses mains ou de sa baguette et le faisait tomber en *crise parfaite* (1).

Dans cet état il semblait endormi, mais d'un sommeil particulier dans lequel les facultés physiques semblaient suspendues au profit des facultés intellectuelles. Les yeux étaient clos, l'ouïe semblait abolie, mais se réveillait à la

(1) Puységur. Mémoire pour servir à l'histoire du magnétisme animal. Paris, 1784-85.

voix du maître ; il fallait se garder de toucher le malade en crise : on lui aurait causé des angoisses, des convulsions que le maître seul pouvait calmer. Lui seul aussi avait le pouvoir de faire cesser la crise.

On qualifia ces phénomènes du nom de somnambulisme magnétique et, d'après quelques observations mal interprétées, on s'empressa d'attribuer aux somnambules le pouvoir surnaturel de reconnaître les maladies et d'en indiquer le remède en touchant simplement les malades ou quelque objet leur ayant servi.

Bientôt, l'attrait du merveilleux aidant, on découvrit aux somnambules une foule d'autres facultés merveilleuses, telles que le transport des sens à l'épigastre ou à l'extrémité des doigts, la possibilité de voir à distance et à travers tous les obstacles, enfin (naturellement) le don de prophétie.

Pététin, en 1787, reproduisit sérieusement toutes ces visions; il signala les phénomènes de catalepsie qui s'observent chez les individus en état de somnambulisme, et les attribua doctement à l'influence de l'électricité animale.

Il est inutile d'entrer dans les détails de l'histoire du somnambulisme dit magnétique et de citer les publications sans nombre dont il a été le sujet. Maintes fois ses adeptes tentèrent d'obtenir la consécration de la science officielle, et maintes fois les corps savants nommèrent des commissions pour assister aux expériences des magnétiseurs et en contrôler les résultats. Constamment le résultat fut le même que pour l'homéopathie : mis en présence de gens décidés à exiger des preuves positives, les adeptes ou se récusèrent ou échouèrent honteusement. Le prix de 3,000 francs, promis par Burdin au somnambule qui pourrait lire sans le secours des yeux, ne fut jamais remporté, et en 1840 l'Académie de médecine, fatiguée d'inutiles débats, décida sur la proposition de

Double qu'elle ne répondrait plus aux communications relatives au magnétisme animal.

Et cependant la crédulité populaire est si grande, l'amour du merveilleux si profondément ancré au cœur de l'homme que le somnambulisme magnétique, toujours comme l'homéopathie, compte encore aujourd'hui des partisans, et qu'il y a encore des médecins (1) qui impriment sérieusement qu'un somnambule, sans voir un malade, reconnaît sa maladie mieux qu'eux, médecins, ne pourraient le faire par un examen attentif! — Mais cela est en dehors de notre sujet: revenons à l'hypnotisme.

Parmi les charlatans plus ou moins habiles qui avaient fondé leur réputation sur la pratique du magnétisme, s'était montré à Paris (vers 1815), un brahmine du nom de Faria qui mérite une mention spéciale parce que, magnétiseur lui-même, il a contribué à ruiner la théorie du magnétisme. Il professait que la cause quelconque du somnambulisme ne réside en aucune façon dans la personne de l'opérateur, contre la volonté duquel il peut se produire, mais qu'elle a sa raison d'être dans le sujet lui-même. Les passes sont inutiles. Il suffit de dire au sujet prédisposé: « Dormez », pour le voir tomber au bout de quelques instants dans le sommeil lucide. On peut alors lui suggérer des hallucinations de toute sorte, lui faire prendre un breuvage quelconque pour du champagne, etc.

Faria, peut-être sans le savoir, se rapprochait des conclusions de la commission académique de 1784, qui avait indiqué l'imagination des malades comme cause principale des phénomènes produits par les pratiques de Mesmer.

La même conclusion se dégageait implicitement du rapport déposé en 1831 par la grande commission de

(1) Espinouse. Du zoomagnétisme. Bordeaux, 1879.

l'Académie de médecine, dans laquelle figuraient Magendie, Laennec, Esquirol et d'autres savants bien connus. Il y était dit que les frictions, les gestes et les passes magnétiques n'étaient pas toujours nécessaires à la production du sommeil magnétique; que la volonté, la fixité du regard suffisaient souvent. Parmi les symptômes observés, la commission notait l'occlusion des yeux, avec déviation des globes oculaires en haut et en dedans, l'abolition (inconstante) de l'ouïe, de l'odorat, du goût, l'anesthésie cutanée, l'exaltation de certaines facultés et notamment de la mémoire, enfin l'amnésie complète au réveil. Tout cela, comme nous le verrons, était exact, et n'avait rien de commun avec les fables débitées par les charlatans et leurs dupes.

Observons en passant que deux ans avant ce rapport, en 1829, Cloquet (1) avait apporté à l'Académie l'observation d'une dame âgée de 64 ans, magnétisée plusieurs fois auparavant par Chapelain et opérée par lui, Cloquet, d'un cancer du sein pendant qu'elle était dans le sommeil magnétique. Cette dame, non seulement n'avait pas paru souffrir, mais n'avait manifesté aucun changement dans la respiration, aucune émotion dans le pouls; elle était restée dans un état d'abandon et d'impassibilité automatique et avait conservé pendant toute la durée de l'opération une gaieté parfaite, causant avec le chirurgien comme s'il s'était agi d'une autre personne.

Cloquet fut attaqué avec une grande violence par Larrey, Hervez de Chégoin, Lisfranc, qui lui donnèrent à entendre qu'il était imposteur ou dupe, et le ton d'acrimonie qui règne dans cette discussion montre à quel point les passions étaient surexcitées en ce temps-là et combien entre la crédulité superstitieuse des uns et la négation

(1) Cloquet. Amputation du sein pendant le sommeil magnétique. Bull. de l'Acad. de méd., 1829.

systématique des autres, la vérité avait peu de chance de se faire jour.

Les choses en étaient là quand, vers 1843, Braid (1), chirurgien à Manchester, assistant avec un scepticisme absolu aux expériences du magnétiseur Lafontaine (qu'il regardait comme un adroit charlatan), crut s'apercevoir que certains phénomènes étaient indépendants de la volonté de l'expérimentateur comme de celle du patient, et se mit à étudier la question lui-même sans se laisser influencer par les préjugés de l'opinion. Il n'eut pas de peine à reconnaître et à démontrer qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une influence mystérieuse de l'opérateur sur l'opéré, encore moins l'existence d'un fluide mesmérique ou magnétique : les patients pouvaient se plonger eux-mêmes, par leur seule manière d'être personnelle, dans le sommeil hypnotique. En faisant regarder fixement par les patients un petit objet brillant, disposé au-dessus de l'axe visuel et à une petite distance du visage, il voyait un certain nombre d'entre eux tomber plus ou moins promptement dans un sommeil profond, présentant tous les caractères du somnambulisme magnétique.

Braid donna le nom d'*hypnotisme* au sommeil nerveux ainsi produit et le définit « un état particulier du système nerveux, déterminé par des manœuvres artificielles ».

Selon Pitres et Gaube (2), auxquels nous avons emprunté une grande partie des détails qui précèdent, les phénomènes observés par Braid étaient surtout la perte de la connaissance et de la volonté, et l'anesthésie cutanée poussée parfois à un tel degré qu'elle permettait de pratiquer à l'insu du malade des opérations chirurgicales. Dans certains cas les muscles restaient dans le relâche-

(1) Braid. Neurypnology, or the rationale of nervous sleep. London, 1843.

(2) Pitres et Gaube. De l'hypnotisme. Revue gén. in Revue des sc. méd., 15 janv. 1886 et suiv.

ment, le pouls et la respiration demeuraient calmes; d'autres fois on constatait de la rigidité musculaire, avec respiration laborieuse et accélération considérable de la circulation.

Ce n'est pas tout; Braid nota que la volonté et le jugement des sujets placés dans l'état d'hypnotisme sont comme paralysés et entièrement sous la dépendance de l'expérimentateur ou de toute autre personne qui inspire confiance au patient. Par simple suggestion verbale, ou encore par suite de l'activité communiquée à certains muscles, on peut faire naître dans leur esprit toutes les impressions qu'on veut; en un mot, « ils sont tellement soumis à leur enchanteur momentané et leur imagination est excitée à un tel point qu'ils voient, sentent et agissent comme si toutes les impressions qui leur passent par la tête étaient la réalité; ils sont pleins de ces idées, quelque folles qu'elles soient » (Braid).

Pour faire cesser le sommeil hypnotique il suffisait de frapper dans les mains du sujet, de lui frotter les paupières ou tout simplement de lui projeter un courant d'air au visage.

Comme nous aurons l'occasion de le montrer, l'histoire de l'hypnotisme est presque tout entière dans le petit livre de Braid; on a développé ses idées, on a débrouillé des phénomènes qu'il n'avait aperçus que confusément, mais on n'a presque rien changé à sa doctrine dont tous les observateurs qui se sont occupés de la question ont reconnu l'exactitude.

Malheureusement Braid ne s'arrêta pas là; imbu des doctrines de la phrénologie, il voulut les vérifier par l'expérimentation hypnotique, en recherchant si par la pression exercée sur les points du crâne supposés correspondre à certaines régions du cerveau on n'obtiendrait pas des manifestations en rapport avec la mise en jeu des fonctions localisés dans ces régions. Il y réussit trop bien

pour la bonne renommée de son système ; non que sa bonne foi puisse être un instant suspectée, mais il ne s'aperçut pas que la suggestion, dont il avait lui-même indiqué la fréquence et la facilité dans le sommeil nerveux, intervenait à son insu pour faire prendre aux sujets des attitudes en rapport avec les prétendues localisations phrénologiques.

Le phréno-hypnotisme trouva peu de partisans et comme il arrive souvent, ce qu'il y avait de faux dans les théories de Braid empêcha de voir le reste. En Angleterre comme en France, la question demeura stationnaire pendant près de quinze ans.

Mais vers 1860, un homme à l'esprit ingénieux, le Dr Azam, de Bordeaux, donnant des soins à une malade atteinte d'accidents hystériques graves, eut l'idée d'essayer dans un but thérapeutique, de produire chez elle le sommeil nerveux, par la méthode de Braid : « Dès le premier essai, après une minute ou deux de la manœuvre connue, la malade était endormie et l'anesthésie cutanée complète.... A la suite survint une hyperesthésie très prononcée avec possibilité de répondre aux questions et d'autres symptômes particuliers du côté de l'intelligence. »

Azam, frappé surtout du fait de l'anesthésie, crut voir dans l'hypnotisme un moyen d'endormir les malades et de pratiquer les opérations, sans courir les dangers du chloroforme. Il apporta sa méthode à Paris où Broca, Follin, l'accueillirent et s'empressèrent de la mettre à l'essai ; plusieurs succès furent obtenus et communiqués à l'Académie de médecine.

Mais bientôt l'hypnotisme, employé comme moyen anesthésique, se montra si infidèle et ses résultats si peu constants qu'il fallut y renoncer. Demarquay et Giraud-Teulon, dans un mémoire très important, firent voir l'insuffisance de l'hypnotisme comme méthode anesthésique ;

mais en même temps, ils revinrent sur les faits signalés par Braid et notamment sur le phénomène de la suggestion. Ils reconnurent l'exactitude des dires du chirurgien de Manchester et signalèrent les dangers que pouvait offrir entre des mains imprudentes ou coupables la pratique de l'hypnotisation ; ils en conclurent que le meilleur remède était de donner à ces faits singuliers une publicité entière.

En dépit de ces travaux, le fait même de l'existence du sommeil nerveux trouvait encore de très énergiques contradicteurs. Dechambre, dans le très remarquable article du Dictionnaire des sciences médicales qu'il consacrait, en 1874, à l'histoire du mesmérisme, sans se prononcer nettement sur la question de l'hypnotisme proprement dit, laissait percer néanmoins un grand scepticisme.

Mais, à la même époque, Mathias Duval, dans le Dictionnaire de médecine pratique, reconnaissait explicitement la réalité des phénomènes constatés par Braid. Il faisait voir, en même temps, que la plupart de ces phénomènes sont susceptibles de recevoir une explication physiologique.

L'année suivante, Charles Richet (1), dans un travail très important et très personnel sur le somnambulisme provoqué, arrivait à conclure que l'on peut, par des passes dites magnétiques comme par la fixation d'un objet brillant ou par d'autres procédés empiriques, provoquer une névrose spéciale, analogue au somnambulisme, et caractérisée surtout par un automatisme complet qui soumet la personne endormie à la volonté des individus qui l'entourent et permet de provoquer chez elle les hallucinations les plus diverses. Il ajoutait que les phénomènes observés sont en rapport avec les données de la physiologie et de la psychologie et se retrouvent à des degrés

(1) Ch. Richet. Du somnambulisme provoqué. Journ. de l'anat. et de la physiologie, 1875.

divers dans quelques intoxications et dans certaines névroses.

Ce n'étaient là que des travaux partiels et la question du sommeil nerveux provoqué demeurait vague et imparfaitement connue, quand, vers 1878, le professeur Charcot, en étudiant les phénomènes de la grande hystérie, reconnut que parmi les manifestations inconstantes de l'attaque hystéro-épileptique pouvait se montrer soit le somnambulisme, soit la catalepsie. Il essaya alors de provoquer chez ses malades les symptômes de l'hypnotisme et reconnut qu'il était extrêmement facile d'y réussir.

Pourvu ainsi d'un matériel d'observation aussi nombreux que choisi, il entreprit l'étude rigoureuse des phénomènes hypnotiques et s'attacha à distinguer les diverses formes jusqu'alors toujours confondues par les auteurs. Ces recherches donnèrent promptement des résultats importants auxquels vinrent s'ajouter les travaux de plusieurs des élèves de la Salpêtrière, notamment ceux de Paul Richer, Féré, Bourneville et Regnard.

En même temps, un mouvement dans le même sens se produisait en Allemagne. Heidenhain, Berger et plusieurs autres professeurs de l'Université de Breslau, témoins des expériences du magnétiseur Hansen, entreprirent de les vérifier. Ils obtinrent sur un très grand nombre de sujets, et notamment sur des étudiants en médecine, une série de phénomènes qui, s'ils n'ont pas la netteté de ceux observés chez les hystériques de la Salpêtrière, n'en sont pas moins identiques sur bien des points.

Sous cette double impulsion, l'hypnotisme est devenu une des questions du jour, et dans ces dernières années les travaux dont il a été l'objet se sont multipliés d'une manière extraordinaire.

Nous aurons l'occasion de les citer dans la suite de notre travail. Pour le moment, il suffit de mentionner ceux de Charcot et Richer sur l'hyperexcitabilité musculaire dans

l'hypnotisme, de Féré et Binet sur les hallucinations sensorielles, enfin de Bernheim, de Liégeois, de Beaunis sur la suggestion dans l'état hypnotique.

Tous ces efforts réunis ont fort avancé la solution des difficiles problèmes relatifs à la physiologie pathologique du sommeil nerveux provoqué et, bien qu'il reste encore beaucoup de points obscurs, nous en savons assez dès maintenant pour essayer de tracer un tableau d'ensemble.

CHAPITRE II

DES MOYENS DE PROVOQUER L'HYPNOSE.

Les procédés par lesquels on peut obtenir le sommeil nerveux artificiel peuvent être classés sous deux chefs différents : les uns sont purement physiques, les autres s'adressent à l'imagination du sujet.

§ Ier. — Moyens physiques.

Les plus connus et les plus fréquemment employés s'adressent au sens de la vue. L'opérateur fait asseoir le sujet en face de lui et le regarde fixement dans les yeux ; il n'est nullement nécessaire, comme le faisaient les magnétiseurs, de tenir les pouces du patient entre ses mains ni de pratiquer des passes sur son visage. Au bout de quelques minutes, les yeux du sujet rougissent et s'injectent légèrement; des larmes baignent ses paupières et roulent sur les joues; il ferme spontanément les yeux et tombe en arrière : c'est l'ancien procédé de Mesmer, de Puységur et de leurs successeurs, débarrassé des manœuvres accessoires qui n'avaient d'autre utilité que d'étonner l'imagination.

On peut aussi, à l'exemple de Braid, faire fixer un objet brillant, une boule métallique, un porte-plume, le bout d'une canne, placé à 15 ou 20 centimètres du visage au niveau du front, de manière à produire la convergence des globes oculaires en haut et en dedans.

Pour bien montrer que la personne de l'opérateur n'est pour rien dans les phénomènes produits, on peut, comme l'ont fait Demarquay et Giraud-Teulon (1), fixer l'objet au moyen d'un bandeau frontal surmonté d'une tige de la longueur voulue.

Ces moyens réussissent plus ou moins rapidement selon les sujets.

Il en est d'autres qui ont une action instantanée sur certains malades : quand on fait fixer à une hystérique une lumière de Drummond ou une lampe électrique, on la voit s'hypnotiser en l'espace de quelques secondes ; elle tombe alors dans un état particulier que nous décrirons plus loin sous le nom d'état cataleptique.

On peut aussi agir sur le sens de l'ouïe : une excitation faible et prolongée, comme celle qu'on obtient par le bruit monotone d'un tambourin, produit le sommeil nerveux plus ou moins rapidement, mais presque toujours sous la forme spéciale désignée par Charcot sous le nom d'état léthargique.

En revanche, un bruit violent et inattendu, un coup frappé sur la grosse caisse ou sur le gong chinois fait tomber certains malades en catalepsie ; cet effet se produit avec une soudaineté qui tient du prodige, le sujet demeurant comme pétrifié dans l'attitude qu'il avait au moment de la secousse (2).

(1) Demarquay et Giraud-Teulon. Loc. cit.

(2) Nous tenons de M. Charcot l'anecdote suivante : Un jour de visite officielle à la Salpêtrière, tandis qu'on était occupé à examiner des malades dans la cour, une hystérique profita du désordre pour s'introduire dans le cabinet du professeur et ouvrir un tiroir qui renfermait des photographies qu'elle con-

Les excitations cutanées légères peuvent aussi déterminer l'hypnose chez certains sujets. Divers observateurs ont réussi, en grattant légèrement la peau du cou (Chambard, Laborde) ou par une série répétée de petites chiquenaudes (Heidenhain).

D'après le professeur Pitres (1), la pression sur certaines parties du corps détermine aussi, chez quelques sujets, le sommeil hypnotique.

Ces régions dites *zones hypnogènes* pourraient se rencontrer sur tous les points du corps en nombre variable de 4 à 50 chez la même malade (il s'agit toujours d'hystériques). Leur distribution varie selon les sujets et n'obéit du reste à aucune loi.

Elles n'ont aucun rapport avec l'hémianesthésie. D'une étendue très limitée, elles sont excitées surtout par une pression brusque ; parfois aussi le frôlement d'un pinceau à aquarelle, l'action de la chaleur ou du froid suffisent à produire l'effet désiré.

Dans le groupe des zones hypnogènes, il faut, selon Pitres, distinguer trois variétés :

1° Les zones hypnogènes simples, dont la pression pratiquée sur des sujets à l'état de veille détermine invariablement une phase, toujours la même, du sommeil hypnotique.

2° Les zones hypnogènes à effets successifs, dont la pression donne lieu successivement à des phases de plus en plus profondes du sommeil provoqué à mesure que cette pression devient plus énergique.

3° Les zones hypnogènes à effets incomplets, dont la

voitait. Au moment où elle commettait ce larcin, un coup de gong retentit qui ne lui était pas destiné, et qui la fit tomber instantanément dans l'état cataleptique. Quand on revint, la visite terminée, on la trouva immobile dans la même position, debout, la main dans le tiroir ouvert.

(1) Pitres. Des zones hystérogènes et hypnogènes. Bordeaux, 1885.

pression ne produit pas le sommeil lorsque les malades sont à l'état de veille, mais peut modifier les phases du sommeil hypnotique chez les sujets préalablement endormis.

D'autres moyens physiques peuvent encore être employés. D'après Landouzy et Chambard, l'application d'un aimant disposé à quelques centimètres d'une partie quelconque du corps suffirait à provoquer très rapidement le sommeil nerveux.

Weinhold et Eulenburg auraient obtenu le même résultat par le passage, à travers la peau, de courants électriques faibles. Enfin, selon Pitres, on produirait aussi, dans quelques cas, l'hypnose par le contact de certaines substances métalliques.

Il est nécessaire, dans ce genre de recherches, d'éviter d'instruire le sujet du but que l'on poursuit ; il est même préférable que son attention ne soit nullement éveillée, car nous allons voir que des phénomènes psychiques interviennent souvent et parfois d'une manière presque exclusive dans la production de l'hypnose.

§ II. — Actions psychiques.

Chez certains sujets impressionnables, l'attente du sommeil hypnotique, la certitude qu'il ne saurait manquer de se produire, la foi dans la puissance de l'expérimentateur suffisent souvent à déterminer l'hypnose. C'est ainsi que l'abbé Faria, vers 1819, faisait asseoir le sujet dans un fauteuil, lui commandait de fermer les yeux et lui disait impérativement : « Dormez. »

Le professeur Bernheim, de Nancy, et le Dr Auguste Voisin, à la Salpêtrière, ne procèdent pas autrement.

En l'absence même du prétendu magnétiseur, l'idée que la magnétisation s'opère agit sur l'imagination du sujet avec assez d'intensité pour amener l'hypnose.

Elliotson(1), l'émule de Braid dans la pratique de l'hypnotisme, raconte qu'il déclara à une de ses malades qu'il allait l'endormir de la chambre voisine. Il s'y rendit, se promena de long en large en pensant à toute autre chose et fut très surpris, en rentrant, de trouver sa malade plongée dans le sommeil nerveux le plus profond.

Ces résultats, il faut le dire, ne s'obtiennent guère que chez les malades très impressionnables et qui ont déjà été fréquemment endormies.

Les hystériques de la Salpêtrière sont dans ce cas : suivant Bourneville et Regnard, l'une d'elles à qui on avait persuadé que les boutons des portes étaient magnétisés, s'endormit dès qu'elle y toucha.

Cette expérience explique les faits souvent cités dans l'histoire du magnétisme animal, où les malades s'endormaient après avoir touché un *arbre magnétisé* (Puységur) ou bu un verre *d'eau magnétisée*. Elle explique aussi comment certains sujets, hypnotisés fréquemment, finissent par tomber comme foudroyés, dès que le magnétiseur étend la main au-dessus de leur tête.

Certains auteurs, Bernheim est du nombre, sont partis de là pour affirmer que, dans l'hypnotisme, l'imagination était tout. Cette opinion semble exagérée. En effet on aurait réussi plusieurs fois à transformer le sommeil naturel en sommeil magnétique (Berger, Gschleiden) par l'application des mains, ou de plaques modérément chauffées, à peu de distance de la tête ; d'autre part, on parvient quelquefois, bien que difficilement, à endormir des sujets malgré eux en produisant la fatigue nerveuse (Féré, A. Voisin). Ce dernier fait a été nié par Braid et plus récemment par Bernheim. Il est cependant hors de doute. Il est vrai que dans les cas de ce genre, une grande patience est nécessaire, surtout s'il s'agit d'un malade qui n'ait

(1) Elliotson. The Zoist, 1846.

jamais été hypnotisé. Chez une aliénée agitée Auguste Voisin n'a réussi qu'après une séance prolongée sans interruption pendant trois heures et quart (communication orale).

Tous les individus ne sont pas hypnotisables. Beaucoup peuvent subir toutes les manœuvres que nous venons de passer en revue sans en être aucunement impressionnés ou sans éprouver autre chose qu'un peu de lourdeur de tête et de pesanteur oculaire.

Les enfants, dont il est difficile de fixer l'attention, sont particulièrement réfractaires à l'hypnotisme. Chez 30 enfants de cinq à huit ans, Berger n'a pas obtenu un seul succès.

Il en est de même des vieillards, bien qu'à un moindre degré.

D'une manière générale, les adultes jeunes, et surtout les femmes, sont beaucoup plus facilement hypnotisables; mais ici même interviennent une série de facteurs dont l'importance est difficile à mesurer et parmi lesquels l'imagination joue certainement le premier rôle. C'est ainsi qu'un magnétiseur connu réussit par sa seule présence, là ou un autre expérimentateur échoue, que plusieurs personnes réunies pour une séance d'hypnotisme s'endorment plus facilement que si elles sont isolées, que la répétition des séances augmente l'aptitude des sujets dans des proportions excessives.

Ces diverses causes réunies nous expliquent comment les médecins de Nancy qui pratiquent depuis longtemps l'hypnotisme sur une très grande échelle ont trouvé dans la capitale de la Lorraine une proportion vraiment inouïe de sujets hypnotisables.

CHAPITRE III.

SYMPTOMES ET FORMES DE L'HYPNOSE ÉTUDIÉS SPÉCIALEMENT CHEZ LES HYSTÉRIQUES.

Les phénomènes du sommeil nerveux sont divers, non seulement en raison des variétés individuelles, mais surtout parce que l'état hypnotique comporte plusieurs phases ou degrés susceptibles, tantôt de se succéder, tantôt de se combiner jusqu'à un certain point.

De là résulte une certaine difficulté dans l'étude des symptômes de l'hypnotisme et une grande confusion dans les descriptions qu'en ont données les observateurs que ne guidait point une méthode sûre.

Le professeur Charcot est le seul qui ait su dégager les faits essentiels du chaos des symptômes accessoires qui les masquent le plus souvent, et donner ainsi une base solide à l'étude de ces obscurs phénomènes.

Ses observations, résumées dans une note présentée le 13 février 1882 à l'Académie des sciences, l'ont amené à distinguer dans le sommeil nerveux provoqué chez les hystériques trois phases distinctes, ayant chacune sa symptomatologie spéciale. Ces trois états sont :

1° L'état cataleptique.

2° L'état léthargique.

3° L'état somnambulique.

Ils peuvent dans certaines circonstances se présenter primitivement et persister isolément ; mais souvent aussi ils se succèdent l'un à l'autre chez le même sujet et peuvent être considérés comme représentant les phases ou périodes d'une même affection. Nous les décrirons dans l'ordre où on les voit d'ordinaire se succéder chez le même sujet, en nous guidant sur l'exposé magistral qu'en

a donné le professeur Charcot dans la note à laquelle nous venons de faire allusion.

§ 1. Etat cataleptique.

Cet état qui présente avec la catalepsie spontanée une similitude presque parfaite peut, comme elle, se manifester primitivement sous l'influence d'un bruit intense et inattendu, tel que le son d'un gong chinois, d'une grosse caisse, d'un coup de feu, ou bien par l'action d'une lumière vive placée sous le regard (lampe Bourbouze, foyer électrique).

Il se produit encore, mais seulement chez certains sujets, par la fixation prolongée des yeux sur un objet quelconque.

D'autre part, la catalepsie se développe consécutivement à l'état que nous décrirons plus loin sous le nom d'état léthargique, lorsque, le sujet étant dans un endroit éclairé, on découvre les yeux en soulevant les paupières supérieures.

L'individu en catalepsie est absolument immobile ; ses yeux sont ouverts et sans clignements ; les larmes, qui ne sont plus conduites vers les points lacrymaux, tombent goutte à goutte sur les joues. Le regard est fixe, pas un trait du visage ne bouge, la physionomie est impassible, les mouvements respiratoires sont rares et superficiels.

Les membres, parfaitement souples, se laissent déplacer dans tous les sens ; ils donnent quand on les soulève la sensation d'une grande légèreté et d'une docilité aux mouvements bien supérieure à ce qu'on a appelé la *flexibilitas cerea*. Ils gardent sans effort apparent toutes les positions les plus difficiles à maintenir, et le sujet placé dans l'attitude la plus forcée se maintient en parfait équilibre sans que le plus léger tremblement trahisse une fatigue des muscles. Il paraît comme pétrifié.

Dans cet état, les réflexes tendineux sont abolis ou

notablement amoindris. Le tégument externe est absolument anesthésique et l'on peut pincer, piquer, brûler le malade sans qu'il manifeste aucune sensibilité. Mais certains sens, notamment la vue et l'ouïe, conservent, en partie du moins, leur activité et cette persistance de l'activité sensorielle permet souvent d'impressionner le sujet par voie de suggestion et de susciter chez lui des impulsions automatiques.

C'est ainsi qu'il suffit parfois d'exécuter un mouvement en face du malade pour que ce mouvement soit aussitôt répété par lui; si l'expérimentateur se lève, le sujet se lève en même temps, s'il étend le bras, même répétition du geste, s'il marche à reculons, le sujet suit comme un automate, s'il fait le moulinet avec les deux poings, le sujet l'imite, et continue machinalement pendant quelques secondes. Mais cet état de fascination, comme on l'a nommé (Bourneville et Regnard), semble appartenir à une forme imparfaite de catalepsie (Brémaud); fréquemment observé chez les sujets mâles et surtout chez ceux qu'on hypnotise pour la première fois, il se montre rarement chez les hystériques de la Salpêtrière.

En revanche, ces dernières sont très aisément influencées à l'aide des attitudes provoquées et ce phénomène de la suggestion par le sens musculaire est un des plus curieux parmi ceux de l'état cataleptique. Déjà observé par Braid au début de ses études sur l'hypnotisme, il a été très bien mis en lumière par Charcot et ses élèves (Richer, Féré). Lorsqu'on place les membres du sujet dans une attitude caractérisée, celle du pugilat par exemple, on voit bientôt, sur la physionomie jusqu'alors impassible, se peindre l'image de la colère et du défi. Rapproche-t-on les mains des lèvres comme pour un baiser, les traits deviennent tendres et souriants. Fait-on agenouiller le sujet dans l'attitude de la prière, aussitôt le visage prend l'expression du recueillement et

même de l'extase. — Inversement si, par l'électrisation de certains muscles de la face, on communique à la physionomie telle ou telle expression, celle du dédain, de l'admiration, du ravissement, on voit peu à peu les membres réaliser l'attitude qui correspond le mieux avec le sentiment exprimé. Rien n'est plastiquement beau comme ces tableaux vivants où la volonté n'est pour rien, et où l'harmonie spontanée des mouvements n'est troublée par aucune préoccupation psychique : on croit avoir sous les yeux un de ces types impersonnels et sublimes comme en ont créé les grands artistes du quinzième siècle. Mais au bout de peu d'instants, la vision s'efface, les traits redeviennent froids et impassibles, et le sujet retombe dans son immobilité marmoréenne.

L'état cataleptique peut persister très longtemps (plusieurs heures et davantage) quand on laisse le sujet livré à lui-même. Pour le faire cesser sur-le-champ, il suffit de fermer les yeux du sujet en abaissant doucement les paupières : les membres retombent alors dans la position qui répond aux lois de la pesanteur, le sujet demeure immobile, c'est une autre phase du sommeil nerveux qui commence.

§ 2. — État léthargique.

Cet état se produit, comme on vient de le voir, chez un sujet préalablement cataleptisé quand on pratique sur lui l'occlusion des deux yeux ou quand, après l'avoir exposé à une lumière intense, on le plonge subitement dans l'obscurité.

Mais le même état peut aussi se manifester primitivement sous l'influence de la fixation du regard, suivie ou non d'une légère pression sur les paupières fermées.

Quel que soit le procédé employé, le début de l'état léthargique est souvent marqué par une inspiration profonde avec petit cri révélant un léger spasme laryngé; la

figure du sujet se congestionne, un peu d'écume apparaît aux lèvres, la tête et le corps s'affaissent inertes. En cet état, les yeux sont clos, les paupières animées d'un frémissement incessant. Si on les relève, on voit les globes oculaires convulsés en haut et en dedans. Les membres sont flasques et retombent lourdement quand on les soulève, les mouvements respiratoires, étudiés à l'aide du pneumographe, sont profonds et précipités, d'ailleurs assez réguliers.

L'appareil musculaire, nous l'avons dit, est dans la résolution, mais les muscles présentent une propriété toute spéciale que le professeur Charcot, qui l'a découverte, désigne sous le nom d'hyperexcitabilité musculaire, et qui constitue le phénomène le plus saillant de l'état léthargique. Si on vient à palper ou à malaxer un peu fortement le corps charnu d'un muscle, à percuter ou à tirailler son tendon, on le voit entrer aussitôt en contracture et cette contracture provoquée offre tous les caractères de la contracture hystérique à son degré le plus prononcé; elle résiste à tous les efforts qu'on fait pour la vaincre. Mais il est un moyen facile de la faire disparaître aussi rapidement qu'elle est venue : il suffit pour cela de malaxer à leur tour les muscles antagonistes; aussitôt on voit le corps charnu perdre sa dureté et rentrer dans la résolution.

La contracture léthargique s'obtient avec la même facilité à l'aide d'une légère pression exercée sur un tronc nerveux moteur. On produit alors la contracture simultanée de tous les muscles animés par ce nerf, et il en résulte une attitude vicieuse d'une physionomie caractéristique : c'est ainsi que la pression sur le nerf cubital dans sa gouttière épitrochléenne est suivie de l'apparition de la *griffe cubitale*, constituée par une légère flexion du poignet, par la flexion des deux derniers doigts, l'adduction du pouce, l'extension et l'abduction de l'index

et du médius; de même une pression sur le nerf médian au pli du coude détermine la *griffe médiane* (pronation de l'avant-bras, flexion du poignet, flexion des doigts à des degrés variables, opposition du pouce avec flexion de ses phalanges) ; enfin la pression sur le nerf radial au sortir de la gouttière de l'humérus produit la *griffe radiale* (supination de l'avant-bras, extension du poignet avec flexion des premières phalanges). Ces attitudes ont été étudiées avec beaucoup de soin par Charcot et P. Richer (1), qui les indiquent non sans raison comme un excellent moyen de dépister les simulateurs.

En effet, rien n'est plus difficile à reproduire, même pour l'observateur prévenu, que ces attitudes forcées, dans lesquelles un certain nombre de muscles, toujours les mêmes, sont contractés au maximum, pendant que leurs antagonistes demeurent en repos. La rapidité, l'instantanéité pour mieux dire, du phénomène n'est pas moins spéciale ; il semble absolument qu'on ait mis le doigt sur la détente d'un ressort.

Fait remarquable : si après avoir produit l'une de ces contractures localisées on vient à réveiller le sujet, très souvent la contracture ne disparaît pas, elle persiste dans l'état de veille avec tous les caractères de la contracture hystérique ordinaire, et alors la malaxation des muscles antagonistes est impuissante à la détruire ; il faut, pour la faire cesser, replonger d'abord le sujet dans l'état hypnotique (Charcot et Richer).

Autre fait, non moins intéressant, dont la découverte est due aux mêmes auteurs : la contracture léthargique provoquée peut être transférée d'un côté à l'autre par l'influence d'un aimant. « Si après avoir déterminé la griffe cubitale à droite, on place à peu de distance de

(1) Charcot et Richer. Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques. Archives de neurologie 1881.

l'avant-bras gauche un aimant d'une quinzaine de livres, on voit au bout de deux ou trois minutes une série de petits mouvements se produire à la fois dans les deux mains, puis les muscles cubitaux droits se relâchent peu à peu, pendant que ceux du côté gauche se contractent, et la griffe cubitale se trouve transférée du côté gauche avec ses mêmes caractères (Charcot et Richer) ».

Le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas au même degré chez tous les sujets; il en est beaucoup qui ne le présentent qu'à l'état d'ébauche, mais il est tellement développé chez certaines malades qu'on peut faire contracter isolément non seulement tous les muscles des membres, mais ceux du tronc, de la face (Charcot), de la langue (Berger); il suffit pour cela d'appuyer légèrement sur le corps charnu avec l'extrémité d'une petite baguette, et rien n'est plus curieux que cette dissection physiologique, qui permet de reconnaître, aussi bien que la faradisation de Duchenne, le rôle fonctionnel de chaque muscle. Les belles photographies annexées au mémoire de Charcot et Richer en disent plus long à ce sujet que toutes les descriptions.

Chez une malade nommée Wittm..., qui est encore actuellement à la Salpêtrière, on peut ainsi faire contracter isolément, par pression directe, chacun des peauciers de la face, les muscles auriculaires postérieur et supérieur, le canin, le risorius de Santorini, etc. On peut aussi obtenir la contraction séparée de chacun des muscles hyoïdiens, mais en approchant du larynx il faut user de précaution, car une pression trop vive déterminerait une contracture des muscles de la glotte, suivie d'apnée complète et d'accidents de suffocation formidables.

Par une exception assez curieuse, les muscles de la face, excités de cette manière, ne donnent que des contractions momentanées qui ne se transforment jamais en

contracture durable. Rappelons à ce propos que les contractures, comme les paralysies spontanées des hystériques, respectent généralement la face.

L'hyperexcitabilité musculaire dont nous venons de tracer rapidement le tableau n'est point mise en jeu par les excitations purement cutanées : les attouchements légers, le pincement, le souffle ne déterminent dans l'état léthargique aucune contraction des muscles sous-jacents. Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas de même dans une autre phase de l'hypnose.

Chez le sujet en état léthargique, l'analgésie paraît complète, le tégument externe est aussi insensible que chez le cataleptique. Cependant quelques sens, notamment ceux de la vue et de l'ouïe, paraissent conserver un certain degré d'impressionnabilité : la meilleure preuve de ce fait, c'est qu'il suffit de soulever les paupières du sujet et d'exposer ses yeux à une lumière un peu vive pour le faire retomber aussitôt en catalepsie.

Quant à l'activité cérébrale, elle est complètement paralysée et les tentatives faites pour entrer en communication avec le sujet, pour attirer son attention ou pour l'influencer par voie de suggestion auditive, restent vaines la plupart du temps.

Pour compléter le tableau de l'état léthargique, nous devons placer ici quelques détails sur les curieux phénomènes qui ont été décrits presque en même temps par Charcot et par Heidenhain sous le nom d'hypnose unilatérale.

Si, chez un sujet en état léthargique placé dans un endroit éclairé, on soulève, avec précaution, une des paupières, on voit se développer du côté correspondant à l'œil ouvert tous les symptômes de l'état cataleptique : dans toute la moitié du corps, l'hyperexcitabilité musculaire a disparu ; on peut impunément presser, malaxer

les muscles sans déterminer aucune contracture ; d'autre part, les membres présentent la propriété de conserver les attitudes qu'on leur communique.

Quant aux membres du côté opposé, leur état n'a subi aucun changement.

Ferme-t-on l'œil de nouveau, l'état léthargique reparaît avec tous ses caractères et cette transformation, qui ne demande pas une seconde pour se produire, peut être répétée aussi souvent qu'il plaît à l'observateur.

Selon Féré et Binet (1), les phénomènes d'hémi-catalepsie dans l'état léthargique seraient susceptibles d'être transférés par l'action de l'aimant, tout comme la contracture provoquée : on verrait, en l'espace de quelques minutes et sans que l'état des yeux fût modifié, l'hyper-excitabilité musculaire disparaître dans le côté léthargique dont les muscles prendraient, en revanche, l'aptitude à conserver les positions communiquées ; simultanément les caractères de l'état léthargique apparaîtraient dans le côté cataleptisé. Nous aurons à revenir sur ces faits et sur leur interprétation.

Pour faire cesser l'état léthargique, plusieurs moyens peuvent être employés : en ouvrant les yeux du sujet, on le fait, comme nous l'avons vu, passer en catalepsie ; en soufflant deux ou trois fois sur les paupières on le réveille ; enfin, en frictionnant légèrement le vertex on fait apparaître la troisième phase de l'hypnose : le somnambulisme provoqué.

§ 3. — Etat somnambulique.

Cette troisième phase de l'hypnose est celle qui a le plus attiré l'attention des expérimentateurs. Beaucoup d'entre eux n'ont su voir que celle-là qui répond plus particulièrement à ce qu'on a appelé jadis le sommeil

(1) Féré et Binet. Bull. de la Soc. de biologie, 1884.

magnétique. On peut la déterminer directement chez certains sujets par la fixation du regard ou par l'influence d'une excitation sensorielle faible, répétée et monotone telle que le tic-tac d'une montre (Heidenhain), ou le chatouillement réitéré de la peau du visage par des passes dites magnétiques (Charles Richet). On peut encore obtenir l'état somnambulique, en commandant au sujet de fermer les yeux et en lui répétant plusieurs fois impérativement : « Dormez, vous allez dormir, vous êtes endormi » (Bernheim).

Lorsqu'on emploie cette dernière méthode et qu'on a affaire à des sujets médiocrement impressionnables, ou qui n'ont pas encore été endormis, l'hypnotisation est graduelle et pendant les premières phases l'individu a encore vaguement conscience de ses actes et de ce qui se passe autour de lui; il ne présente d'autres phénomènes qu'un peu d'obnubilation des sens, une certaine impuissance musculaire souvent accompagnée de rigidité et une paralysie plus ou moins complète de la volonté, en raison de laquelle il semble soumis à l'influence de l'expérimentateur et incapable de résister à ses ordres.

Hack Tuke (1), qui a surtout eu l'occasion d'étudier des cas de ce genre a raconté les observations faites sur eux-mêmes par les sujets ainsi endormis. Tous signalent l'impuissance où ils se sont trouvés d'agir volontairement dans cet état, malgré leur vif désir d'y réussir, et à peine le magnétiseur avait-il déclaré à son sujet qu'il *ne pouvait pas* faire tel mouvement, aussitôt ce mouvement devenait impossible en dépit de tous les efforts, et cependant le même acte était exécuté un instant après, sur l'ordre de l'expérimentateur, sans qu'il fût possible au sujet de s'en empêcher. Le sujet une fois réveillé se souvenait

(1) Hack Tuke. Sleep-walking and hypnotism. London, 1884.

assez exactement de ce qui s'était passé, mais sans pouvoir comprendre quelle influence il avait subie; il lui semblait avoir assisté en témoin passif aux extravagances qu'on lui faisait commettre.

Cet ensemble de phénomènes, qu'on pourrait qualifier avec Cullerre (1) de petit hypnotisme, offre un certain intérêt, parce qu'il nous renseigne sur les états intermédiaires entre la veille et le sommeil nerveux proprement dit, mais ce n'est pas le véritable état somnambulique; on peut même dire qu'il n'en représente que le rudiment. Celui-ci ne se montre sous sa forme complète que chez les individus très prédisposés et chez ceux qui ont déjà subi plusieurs fois les manœuvres de l'hypnotisation.

Pour étudier l'état somnambulique dans sa forme la plus développée, il convient de recourir encore aux hystériques. Chez celles-ci on peut souvent le produire directement par les moyens cités plus haut, mais il est encore plus facile de l'obtenir quand la malade a été préalablement plongée soit dans le sommeil léthargique, soit dans le sommeil cataleptique ; il suffit d'exercer sur le sommet de la tête une pression légère.

Le sujet en expérience pousse alors un ou deux soupirs, s'agite légèrement, passe la main sur son front comme s'il sortait à demi d'un profond sommeil. Les yeux s'entr'ouvrent et le visage perd l'impassibilité qu'il avait dans les états précédents.

Dans cette phase, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne s'observe pas ; les réflexes sont normaux et la motilité volontaire semble s'exercer librement; mais un attouchement cutané léger, un souffle presque imperceptible suffisent à produire une rigidité des muscles sous-jacents, rigidité qui va jusqu'à la contracture et ressemble beaucoup, comme aspect, à la contracture léthargique.

(1) Cullerre. Magnétisme et hypnotisme. Paris, 1886.

Elle en diffère toutefois par un caractère très remarquable : elle ne cède pas à la *malaxation* des muscles antagonistes ; elle disparaît au contraire très facilement sous l'influence des mêmes excitations cutanées qui l'ont fait naître.

L'état de la sensibilité n'est pas moins paradoxal : il y a, d'ordinaire, une analgésie cutanée complète, et cependant le sens du toucher est exalté à un point remarquable ; le sens musculaire et les autres sens spéciaux sont également hyperesthésiés. La malade peut lire l'heure à sept ou huit mètres de distance, elle enfile une aiguille dans une obscurité presque complète ; en un mot elle exécute une foule d'actes analogues à ceux que nous avons signalés dans le somnambulisme naturel, et que le public épris du merveilleux prend volontiers pour des miracles.

Mais c'est l'état psychique du sujet en somnambulisme qui mérite le plus d'attention : dans cette phase de l'hypnose, la malade, qui paraît jouir de ses facultés intellectuelles, est absolument privée de volonté ; elle n'est plus qu'un automate obéissant, complètement soumis à l'autorité de l'expérimentateur. L'empire que ce dernier exerce sur elle n'est pas seulement absolu, il est exclusif ; les autres personnes n'existent point à ses yeux : autant elle supporte patiemment le contact du *magnétiseur* (c'est le mot usité), autant elle repousse violemment tout contact étranger. Mais cette résistance ne tient pas devant un ordre émanant de celui qui la domine ; à sa voix elle accepte docilement l'autorité d'un autre, et cela d'une manière si complète qu'au bout d'un instant le premier maître est oublié, et repoussé avec force s'il tente de reprendre son influence.

Nous n'exagérons rien : l'hystérique en somnambulisme a si peu de volonté qu'elle voit, entend, raisonne par l'intermédiaire de l'expérimentateur qui peut lui faire

accepter, lui *suggérer* selon l'expression classique, absolument tout ce qu'il veut.

Les phénomènes de la suggestion dans l'état de somnambulisme ont été remarqués par tous ceux qui se sont occupés de cette question ; ils ont été surtout l'objet d'une étude approfondie de la part du professeur Bernheim (1), de Liégeois (2) à Nancy, de Féré (3) à la Salpêtrière. Nous ne pouvons que les indiquer brièvement en renvoyant le lecteur pour les détails aux travaux très intéressants que nous venons de citer.

Les suggestions les plus simples et les plus faciles à répéter sont celles qui s'adressent aux sens : on peut provoquer chez le sujet en somnambulisme toute espèce d'hallucinations ou plutôt d'illusions sensorielles.

On dit à une de ces malades : « Regarde ce bel oiseau que je tiens sur mon doigt ». Elle ne le voit pas d'abord, mais si on insiste, en faisant le geste voulu, aussitôt elle le voit, le prend, le caresse. On lui fait remarquer qu'il a un gros bec comme un perroquet et va la mordre ; elle le rejette en poussant un cri d'effroi.

On feint d'entendre la voix de quelqu'un dans la chambre voisine ; si c'est une personne que la malade connaisse, elle l'entendra aussitôt ; bien mieux, elle lui répondra, et souvent cette conversation sera la répétition textuelle d'une conversation tenue avec la même personne plus ou moins longtemps auparavant.

On donne au sujet un verre vide, en lui disant qu'il est plein d'excellent bouillon ; elle en reconnaît aussitôt l'odeur et le goût et elle boit avec délices. Au lieu d'un

(1) Bernheim. De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris, 1884.

(2) Liégeois. De la suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel. Paris, 1884.

(3) Féré. Les hystériques hypnotiques. Arch. de neurol. 1883.

verre vide on peut lui donner un verre plein d'eau salée ou vinaigrée ; avec un peu d'insistance on lui persuadera que c'est du sirop de groseilles, et elle l'avalera avec tout autant de plaisir.

Un des auteurs qui se sont le plus occupés des suggestions sensorielles, Charles Féré (1), s'est attaché à montrer qu'il ne s'agissait pas d'hallucinations proprement dites, mais d'illusions, c'est-à-dire non d'images conçues mais de sensations transformées. Il en a donné des preuves intéressantes : si on prend une feuille de papier blanc et si on suggère à la malade qu'il y a sur cette feuille un carré rouge, elle le voit aussitôt ; si maintenant, sans détourner son attention, on interpose un prisme devant l'un de ses yeux, ou si on trouble la convergence des axes visuels en pressant latéralement sur l'un des yeux, la malade voit deux carrés rouges. Ce n'est donc pas une image virtuelle qui s'était formée dans son cerveau ; c'est l'impression réelle faite sur sa rétine par le papier blanc, qui est transformée par le sensorium.

Autre preuve non moins frappante : si toujours sur la même feuille de papier blanc on suggère à la somnambule l'idée d'un portrait, de la photographie d'une de ses amies par exemple, et si, en ayant soin qu'elle ne vous voie pas, on renverse la feuille en sens opposé, elle verra le portrait la tête en bas sans jamais se tromper. On peut varier ainsi l'expérience : avoir trente morceaux de carton pareils et suggérer le portrait sur l'un d'eux, qu'on a marqué d'avance d'un signe imperceptible ; les mêler ensuite ; la malade retrouve sans peine le soi-disant portrait parmi tous les autres cartons semblables ; preuve que sa rétine hyperesthésiée a saisi les inégalités du grain du papier, dont son imagination fait les contours d'un dessin (Ballet).

(1) Féré. Bull. de la Soc. de biologie, 1881.

Une expérience très élégante, que le professeur Charcot répète volontiers à ses cours, consiste à suggérer au sujet, toujours sur du papier blanc, un carré rouge. Quand elle s'en est bien persuadée, bien imprégnée en quelque sorte, on enlève brusquement la feuille et on la remplace par une autre. Le sujet y voit un carré vert. Si on s'est d'abord servi du bleu, il accusera la sensation du jaune orangé, et ainsi de suite, indiquant toujours et sans s'en douter la couleur complémentaire. Quand il s'agit d'une couleur que la malade, souvent affectée de daltonisme hystérique, ne voit pas à l'état normal, elle la signale comme grise ou noire selon qu'elle est claire ou foncée. Ainsi l'expérience réussit rarement avec le jaune parce que peu d'hystériques ont la notion du violet.

D'autre part, selon la remarque de Féré, quand la malade est amaurotique d'un œil, on ne peut obtenir d'hallucinations visuelles de ce côté.

On doit également à Féré (1) cette observation que lorsqu'on suggère à la malade un fantôme animé, un oiseau, par exemple, les pupilles suivent le vol de l'oiseau comme s'il existait réellement : elles se dilatent quand il s'éloigne et se rétrécissent quand il s'approche.

Il est presque inutile de dire qu'on peut suggérer à la malade toutes les sensations qu'on veut : l'influence de l'imagination dans le domaine de la sensibilité générale est trop connue pour que personne en soit surpris. Au gré de l'expérimentateur, le sujet a froid, a chaud, a mal à la tête, est pris d'une irrésistible envie d'uriner ou d'aller à la garde-robe. Mais ce qui paraîtra plus surprenant, c'est qu'on puisse provoquer ainsi des phénomènes viscéraux sur lesquels il semble que l'intelligence et la volonté n'aient aucune influence : non seulement on détermine une purgation à l'aide d'une pilule imaginaire,

(1) Féré. Progrès médical. 1881.

mais on pourrait, selon Beaunis (1) et d'autres observateurs, provoquer par suggestion le ralentissement ou l'aeeélération des battements du eœur, l'apparition des règles, et même le développement sur la peau saine d'une ampoule de vésieatoire.

Nous n'avons pas été témoin de ees expérienees et nous n'en prenons pas la responsabilité ; nous avons essayé une seule fois, de eoneert avee notre ami le Dr Féré, de suggérer à une hystérique de la Salpêtrière une brûlure de l'avant-bras; après quelques minutes pendant lesquelles la malade déelarait beaueoup souffrir, l'on distinguait, au point que nous avions fait semblant de toueher avee un eigare allumé, une zone blanche grande comme une lentille entourée d'une auréole rouge irrégulière et ressemblant un peu à une brûlure réeente au deuxième degré ; mais à ee moment la malade malgré nos efforts pour l'en empêeher trempa le doigt dans un encrier qui se trouvait là et eouvrit d'encre la partie blessée (moyen populaire eontre les brûlures). Nous abandonnâmes, bien qu'à regret, l'expérienee, sans avoir pu nous eonvainere de la réalité des brûlures par suggestion.

Nous le regrettons vivement, ear la réalité des phénomènes de vésieation ou d'hémorrhagie eutanée par suggestion nous fournirait si elle était eonfirmée la meilleure explieation des *stigmates* si souvent mentionnés dans les vies des saints et aussi dans quelques histoires qui ont passionné réeemment l'opinion (2).

Entre un miraele inadmissible et une supereherie peu probable dans eertains eas, il y aurait plaee pour une opinion intermédiaire de nature à satisfaire tout le monde. En fait, il n'est eertainement pas impossible que ehez

(1) Beaunis. Etudes physiologiques et psychologiques sur le somnambulisme provoqué, in-8. Paris, 1886.

(2) Voyez Beurneville. Louise Lateau, la stigmatisée belge.

des individus d'un nervosisme très développé la concentration prolongée de l'esprit sur une idée fixe puisse provoquer des phénomènes vaso-moteurs ou nutritifs localisés en des points précis. L'influence de l'imagination a produit souvent des merveilles non moins grandes, comme l'a montré Hack Tuke (1) dans son remarquable ouvrage; mais n'est-il pas probable que chez la plupart des stigmatisés, des frictions répétées, faites volontairement ou non sur des points où le malade sentait ou croyait sentir une douleur (comme notre hystérique sentait sa brûlure), ont singulièrement aidé à la production des sueurs de sang, des plaies, etc.

Un fait mieux avéré et dont nous avons été témoin plusieurs fois à la Salpètrière, c'est la production de paralysies localisées par suggestion. On déclare à la malade qu'elle ne peut remuer son bras droit par exemple : elle oppose à cette affirmation un démenti catégorique et pour prouver son dire elle commence à remuer vigoureusement le membre en question ; mais si on revient à la charge, on voit bientôt les mouvements devenir plus paresseux, plus difficiles; enfin ils cessent tout à fait et le bras tombe inerte le long du corps. Si alors on détourne l'attention de la malade en lui parlant d'autre chose, elle oublie ce qui vient de se passer et une minute après elle veut se servir du membre paralysé : grande est sa mortification de voir que tout mouvement lui est impossible. Si on étudie ces paralysies psychiques, comme l'ont fait Richer et Gilles de la Tourette (2), on constate qu'elles ont exactement le caractère des paralysies hystériques spontanées: flaccidité absolue avec abolition du sens musculaire, abolition de la sensibilité cutanée dans toute l'étendue du membre paralysé, exagération des réflexes tendineux et des réactions électriques, abaissement de la

(1) Hack Tuke. The influence of the mind upon the body.
(2) Richer et Gilles de la Tourette. Soc. de biol. 1884.

température locale avec tendance à la paralysie vaso-motrice. — Ces paralysies sont aussi aisées à faire disparaître qu'à provoquer : il suffit d'ordonner au sujet de remuer son bras en lui affirmant qu'il peut le faire.

De même que l'imagination docile du sujet accepte les images et les sensations qu'on lui inspire, de même sa volonté paralysée se laisse imposer des actes : toutes les démarches les plus sottes, les plus dangereuses ou les plus coupables, on peut les faire exécuter au sujet en état de somnambulisme. Ce n'est pas qu'il n'oppose une certaine résistance ; plus l'acte qu'on exige de lui est contraire à ses idées ou à ses habitudes, plus il s'insurge contre la violence qu'on veut lui faire, mais il finit toujours par obéir si l'ordre est répété avec une autorité suffisante, et une fois soumis (ce qui ne tarde guère), il exécute ce qu'on lui a prescrit avec une promptitude et une détermination singulières ; qu'il s'agisse de détruire un objet de prédilection, de commettre un acte contraire à la bienséance, un délit entraînant une punition, ou même de frapper quelqu'un, la malade n'hésite pas : elle va de l'avant avec une résolution aveugle. — On peut faire à cet égard toutes les expériences que l'on voudra, elles donneront toujours les mêmes résultats.

Mais nous n'avons pas encore abordé le point le plus curieux de l'histoire de la suggestion hypnotique. Ces illusions sensitives ou sensorielles qu'on a fait naître chez l'individu en état de somnambulisme, si on n'a pas soin de les effacer, elles persisteront après le réveil, comme les contractures, comme les paralysies provoquées. De même, les actes impulsifs qu'on aura suggérés à cet automate privé de volonté pourront, s'ils n'ont pas été exécutés sur-le-champ, subsister dans son cerveau à l'état d'intentions, ou pour mieux dire de tentations latentes, auxquelles il succombera au moment que l'expérimentateur lui-même aura fixé. Si vous avez

dit au sujet en somnambulisme, « un tel a un nez d'argent, » elle le verra le lendemain et les jours suivants avec un nez d'argent et ne cachera pas son étonnement à son approche. Si vous lui avez commandé : « Demain à dix heures vous irez prendre un pot de confitures dans l'armoire de la surveillante », réveillée, elle ne se souviendra de rien, mais le lendemain à l'heure dite un souvenir inconscient se réveillera, une tentation irrésistible se développera peu à peu et elle y succombera malgré la crainte du châtiment. Prise sur le fait, elle n'accusera pas la suggestion dont elle n'a aucun souvenir, mais donnera un prétexte quelconque, ou dira simplement « *que quelque chose l'a poussée à faire cela* ».

Car il faut bien le remarquer, le somnambulisme provoqué est suivi comme le somnambulisme naturel d'une perte complète de la mémoire au réveil. Le sujet n'a aucune idée de ce qui s'est passé pendant la durée de son sommeil hypnotique; il a entièrement perdu la notion et des images qu'on a pu faire naître dans son cerveau et des actes qu'on lui a fait exécuter. Dans quelques cas seulement, lorsqu'il reste une trace matérielle de ces actes, le malade par un grand effort arrive à rassembler quelques souvenirs confus. Une hystérique étant en somnambulisme, le Dr Féré feint de lui brûler son fichu avec la cendre incandescente de son cigare; elle est désolée et court tremper son vêtement dans le pot à eau. Réveillée aussitôt après, elle est toute surprise de voir son fichu mouillé et d'y trouver les traces (fictives) d'une brûlure; comment la chose est-elle arrivée? Elle réfléchit longuement. C'est étrange! dit-elle après quelques minutes de méditation; il me semble que j'ai rêvé que quelqu'un m'avait brûlé mon fichu avec de la cendre de cigare. Quelquefois, selon Berger (1), les hallucinations pro-

(1) Berger. Hypnotische Zustände und ihre Genese. Breslauer ärztliche Zeitschrift, 10-11-12 1880.

voquées pendant l'hypnotisme se répéteraient en effet sous forme de rêves pendant la nuit suivante. Mais le fait est rare; la plupart du temps l'oubli est complet, absolu, et les images, les actes suggérés apparaissent au sujet comme des produits spontanés de son propre cerveau; c'est seulement dans un état de somnambulisme ultérieur que les souvenirs se réveillent et prennent aussitôt une netteté parfaite.

Nous avons déjà rencontré des faits semblables dans l'histoire du somnambulisme naturel; nous n'y insisterons pas. Quant aux phénomènes de la suggestion, nous aurons à y revenir. Quittons donc pour le moment ce sujet, et achevons le tableau général de l'hypnose.

Si, chez le sujet en état de somnambulisme, on vient à exercer une légère compression des yeux à l'aide des doigts appliqués sur les paupières, l'état léthargique avec hyperexcitabilité neuro-musculaire remplace aussitôt l'état somnambulique. Si au contraire, relevant les paupières on maintient les yeux grands ouverts, l'état cataleptique ne se produit pas. Il y a donc un rapport plus étroit entre l'état léthargique et l'état somnambulique qu'entre ce dernier et l'état cataleptique (Charcot).

Les phénomènes de l'hypnose unilatérale, dont nous avons parlé plus haut, se présentent aussi dans l'état somnambulique.

Si on vient à fermer un œil, en exerçant une légère pression sur le globe oculaire, le côté correspondant tombe en léthargie, et chose remarquable, ici les effets ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agit du côté droit ou du côté gauche. Si c'est l'œil gauche qu'on ferme, le malade conserve le pouvoir de converser avec les personnes qui l'entourent; si au contraire c'est l'œil droit, il est frappé d'aphasie psychique, et devient incapable de prononcer une parole (Heidenhain). L'expérience est surtout frappante lorsqu'on fait compter le malade à haute voix; l'oc-

clusion de l'œil droit l'arrête net; il reprend son compte où il l'a laissé quand on fait cesser l'hémiléthargie en frictionnant le côté correspondant du vertex (Ballet).

Ces phénomènes curieux, qui fournissent une nouvelle et frappante démonstration de l'indépendance fonctionnelle (au moins relative), des hémisphères cérébraux, ont été vérifiés par plusieurs observateurs; MM. Dumontpallier (1) et Bérillon (2) en ont poussé plus loin l'étude : ils se sont efforcés de provoquer simultanément chez leur sujet deux ordres de manifestations psychiques, en rapport avec l'état différent des deux hémisphères; ils croient y avoir parfois réussi. Mais leurs expériences, qui ne nous semblent pas à l'abri de toute critique, ne sont ni assez nombreuses ni assez frappantes pour entraîner la conviction. En tous cas, il ne s'agit que d'activité cérébrale automatique, de phénomènes purement réflexes, et, quand même ces faits seraient démontrés exacts, on n'aurait pas le droit d'en conclure, comme le font quelques auteurs, qu'il puisse exister chez certains sujets deux états de conscience simultanés, appartenant l'un au cerveau droit, l'autre au cerveau gauche.

Au reste ce n'est point ici le lieu de discuter cette grave question. Pour en revenir à l'état somnambulique, disons que les expériences ne doivent pas être prolongées trop longtemps chez le même sujet, sans quoi on s'expose à provoquer une attaque d'hystérie, dont l'approche se manifeste par ses prodromes habituels : soupirs, mouvements répétés de déglutition, convergence des globes oculaires en haut et en dedans, roideur des membres. Ces phénomènes, que bien des magnétiseurs

(1) Dumontpallier. Bull. de la Soc. de biologie, 1882-1883.

(2) Bérillon. Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. Thèse de Paris, 1884.

et même des médecins ont confondus avec ceux de l'hypnose, ne sauraient tromper un observateur attentif. Dès qu'il en constate l'apparition, il devra donc se hâter de réveiller le sujet.

Pour faire sortir le malade de l'état hypnotique quelle que soit la phase, pour le réveiller en un mot, il suffit de souffler deux ou trois fois légèrement sur les globes oculaires. Le malade pousse quelques soupirs, se secoue, regarde autour de lui et se frotte les yeux comme s'il sortait d'un long rêve : même quand il a été déjà souvent hypnotisé, le plus profond étonnement se peint régulièrement sur son visage au moment où il reprend connaissance : il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant la crise.

CHAPITRE IV

ÉTUDE ANALYTIQUE DES PHÉNOMÈNES DE L'HYPNOSE.

Nous nous sommes efforcé, dans le chapitre précédent, de tracer un tableau synthétique des symptômes du sommeil nerveux provoqué, tel qu'on l'observe dans les cas les plus favorables à ce genre d'étude, c'est-à-dire chez les hystériques. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi régulièrement : chez beaucoup de sujets certains symptômes font défaut, d'autres acquièrent une importance prépondérante. Souvent une seule phase peut être réalisée, ou bien on observe des états mixtes dans lesquels les symptômes des différentes phases sont superposés et confondus.

Nous croyons donc utile de reprendre au point de vue analytique l'étude de chacun des points du tableau ; cette révision détaillée, en même temps qu'elle nous fournira l'occasion de combler plusieurs lacunes, nous permettra

de pénétrer plus avant dans l'intelligence de ces phénomènes complexes.

Nous passerons successivement en revue :

1° L'état des fonctions organiques ;

2° L'état des fonctions de relation ;

3° L'état mental.

§ I. — Etat des fonctions organiques.

Elles sont remarquablement peu modifiées et continuent à s'exercer dans l'état hypnotique, aussi régulièrement que dans le sommeil naturel.

Respiration. — D'après Tamburini et Seppilli (1), pendant la période d'invasion du sommeil nerveux la fréquence des mouvements respiratoires serait double de l'état normal ; la pause inspiratoire est supprimée, la pause expiratoire très diminuée, et les excursions de la cage thoracique varient beaucoup en profondeur et en durée. Heidenhain (2) a vu le nombre des mouvements respiratoires passer de seize à quarante-huit par minute au début de l'hypnose. Mais c'est là un phénomène transitoire et cette excitation ne tarde pas à se calmer. Selon Charcot, dans l'état cataleptique, les respirations sont rares, superficielles, le pneumographe inscrit des courbes allongées et peu profondes. Dans l'état léthargique, au contraire, la respiration est précipitée, profonde, d'ailleurs assez régulière. Enfin dans l'état somnambulique elle diffère peu de ce qu'elle est à l'état de veille.

Circulation. — L'action cardiaque au début du sommeil nerveux est augmentée (Tamburini et Seppilli) ; le

(1) Tamburini et Seppilli. Contribuzione allo studio sperimentale dell'ipnotismo. Rivista sperim. di freniatria, 1882.

(2) Heidenhain. Der sogenannte thierische Magnetismus. Leipzig, 1880.

choc du cœur est plus accentué, plus large, les carotides battent avec force, le visage se colore ; la fréquence des pulsations s'élève légèrement (de 6 à 8 par minute). On constate en outre une tendance marquée aux paralysies vaso-motrices, telles qu'on les observe communément dans la plupart des états nerveux ; une excitation cutanée légère, telle qu'une piqûre, une simple pression sur les téguments, détermine l'apparition d'une tache rouge qui est longue à s'effacer. Quand le sommeil nerveux dure longtemps, la circulation se ralentit (surtout dans l'état léthargique), le pouls tombe au-dessous de 60 par minute et la température s'abaisse lentement, mais, sans s'écarter de plus d'un demi-degré ou un degré de la normale.

Nutrition. — Les échanges organiques continuent à s'effectuer dans le sommeil hypnotique aussi bien que dans la veille et il n'y a pas de différence sensible entre les opérations nutritives dans ces deux états. Cependant à en croire Gürtler (1), l'urée et les sels subiraient une certaine diminution, indice d'une nutrition moins active. Le fait a besoin d'être confirmé.

§ 2. — **État des fonctions de relation.**

Action musculaire. — Les phénomènes présentés dans l'hypnotisme par l'appareil locomoteur sont extrêmement remarquables, mais d'une grande complexité : une analyse attentive montre que chez le sujet hypnotisé on peut constater successivement au moins quatre états musculaires offrant chacun ses caractères particuliers.

Dans l'état léthargique, où tout vestige d'activité cérébrale est aboli, l'excitabilité du muscle par les différents

(1) Gürtler. Stoffliche Veränderungen bei der Hypnose und in Paralysis agitans. Berl. klin. Wochenschr., 1882.

agents physiques est extraordinairement accrue. Ainsi qu'on l'a vu plus haut, il suffit de presser légèrement entre les doigts le corps du biceps par exemple, pour déterminer une contraction tétanique, une véritable contracture de ce muscle, avec flexion forcée du bras; un courant électrique a les mêmes résultats. Un choc sur le tendon rotulien, au lieu de provoquer une simple secousse dans le muscle triceps, comme cela a lieu dans l'état physiologique, détermine un soulèvement brusque non seulement de la jambe, mais du bras correspondant et quelquefois des quatre membres ; si on répète le choc à plusieurs reprises ou si on exerce une friction sur le tendon, le muscle entre en contracture (Charcot et Richer). D'autre part une excitation quelconque (pression, choc, électricité) portée sur un nerf moteur détermine comme nous l'avons plus vu haut la contracture de tous les muscles animés par ce nerf, et le développement de griffes caractéristiques.

Quel est l'origine physiologique de cette hyperexcitabilité neuro-musculaire ? L'effet du choc des tendons suffirait à montrer que le phénomène n'est pas d'origine périphérique, qu'il n'est pas dû à une exagération de l'excitabilité directe de la fibre musculaire. Mais Charcot et Richer (1) en ont donné une preuve encore plus saisissante : si, comme l'ont montré Brissaud et Ch. Richet (2), on empêche, en anémiant un membre par la bande d'Esmarch, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de s'y manifester, on peut comprimer le nerf cubital au coude sans qu'il se produise rien d'apparent ; le bras et la main restent flasques ; — mais si alors, sans enlever la bande d'Esmarch, on vient à placer un aimant d'une quinzaine de livres à peu de distance de l'avant-bras du côté opposé,

(1) Charcot et Richer. Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques. Archives de neurologie, 1881.
(2) Brissaud et Ch. Richet. Progrès médical, 1880.

on voit au bout de quelques instants la griffe cubitale se constituer de ce côté sans excitation préalable du nerf ni des muscles. Ce transfert d'une contracture non effectuée ne peut s'expliquer que par l'hypothèse d'une excitation centrale persistante, bien qu'elle n'ait pu se traduire par ses effets habituels, et capable par conséquent de retentir sur le centre homologue du côté opposé.

Nous sommes donc autorisé à définir l'état du système musculaire dans la phase léthargique en disant qu'il y a abolition de l'influence volontaire et exagération de l'excitabilité réflexe.

Prenons maintenant l'état cataleptique. Ici les phénomènes musculaires sont différents. Ainsi qu'on l'a vu, les membres présentent, si l'on peut s'exprimer ainsi, une exagération de la tonicité statique. Ils conservent sans effort toutes les positions qu'on leur donne, c'est-à-dire que les muscles se maintiennent en équilibre à tous les degrés de contraction.

D'autre part, dans cet état, l'excitabilité directe des muscles est nulle; ni la friction, ni la pression ne déterminent la contraction ; les excitations cutanées ne la provoquent pas davantage ; loin de là, selon la remarque de Richer (1), les excitations mécaniques superficielles ou profondes ont souvent pour résultat de diminuer le tonus musculaire et de faire retomber les muscles en résolution. Quant aux réflexes tendineux, ils sont très diminués ou même abolis. Il n'y a donc pas comme tout à l'heure une exagération de l'excitabilité réflexe ; celle-ci paraît plutôt diminuée. D'autre part, l'influence de la volonté est paralysée presque aussi complètement que dans l'état léthargique. C'est la fonction de coordination des mouvements qui est conservée et même accrue. Quel est le siège

(1) P. Richer. Phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme. Bull. de la Soc. de biologie, 1883.

de cette fonction? Faut-il la placer dans les masses grises mésencéphaliques ou dans les couches profondes de l'écorce cérébrale? Nous n'en savons rien et toute discussion à ce sujet nous paraît stérile, mais il nous semble que l'état de l'innervation musculaire dans la catalepsie peut se résumer ainsi : suppression de l'influx cérébral volontaire avec exagération de l'influx cérébral automatique et affaiblissement de l'excitabilité réflexe.

Dans l'état somnambulique, le tableau change encore. Les muscles, soumis à l'empire de la volonté (qui persiste quoique affaiblie) semblent dans un état peu différent de la condition normale. Cependant, nous avons vu que les excitations cutanées pouvaient produire la contracture, tandis que les excitations musculaires proprement dites demeurent sans effet. Bien plus, lorsque l'excitation cutanée porte sur la région de la nuque, la rigidité envahit le corps tout entier et c'est alors qu'on peut, selon l'expérience bien connue, faire reposer le malade entre deux chaises qui soutiennent seulement la tête et les talons.

Quelle est l'origine de ces contractures si spéciales de l'état somnambulique? On serait tenté de les expliquer par une hyperesthésie des terminaisons nerveuses de la peau et par une exagération de l'influence réflexe exercée normalement par les centres de la sensibilité cutanée sur les centres moteurs. Mais alors comment expliquer que les mêmes excitations cutanées qui ont provoqué la contracture aient pour résultat de la faire disparaître? Il y a là une inconnue qui nous échappe. Bernheim n'a pas hésité à invoquer la suggestion et à déclarer que la contracture de l'état somnambulique se produisait uniquement parce que sans s'en apercevoir l'expérimentateur avait averti le sujet du phénomène attendu. Mais les résultats obtenus à la Salpêtrière, où les expériences sont conduites avec la plus grande prudence scientifique, sont trop constants pour qu'il soit possible d'admettre cette

explication. Bornons-nous donc à signaler le problème, dont la solution se fera peut-être encore attendre.

Pour en finir avec les états musculaires dans l'hypnotisme, nous avons encore à envisager une quatrième variété, celle des paralysies dites psychiques, que l'on peut déterminer par suggestion dans l'état de somnambulisme provoqué.

Dans les cas de ce genre, on constate une flaccidité absolue du membre paralysé avec abolition de la sensibilité musculaire. Les réflexes tendineux sont considérablement augmentés, et si on enregistre les secousses réflexes à l'aide du myographe de Marey, on constate qu'elles sont trois fois plus nombreuses et trois fois plus amples qu'à l'état normal. La secousse musculaire obtenue à l'aide des courants électriques est également plus haute et plus prolongée ; enfin on obtient facilement la trépidation spinale, soit au membre inférieur, soit même au membre supérieur par extension forcée de la main sur l'avant-bras.

Ces caractères, selon la remarque de Richer et de Gilles de la Tourette, sont très analogues pour ne pas dire identiques à ceux que l'on observe dans la phase initiale des paralysies dues à une lésion organique de l'écorce. Il est permis d'en conclure que les paralysies suggestives ou psychiques sont dues à la même cause, c'est-à-dire à la suppression, à l'inhibition pour mieux dire, de l'activité corticale sans modification de l'excitabilité spinale. Si cette dernière paraît augmenter, c'est, comme on le sait, par suite de la disparition de l'influence modératrice des centres supérieurs.

Sensibilité générale. — La sensibilité de la peau et des muqueuses est très modifiée dans les différentes phases du sommeil nerveux provoqué. Dans l'état léthargique elle est complètement abolie dans tous ses modes et les

excitations de quelque nature qu'elles soient ne déterminent aucune réaction appréciable.

Dans l'état cataleptique, il n'en est pas tout à fait de même : d'après les observateurs de Breslau, le sens de la température serait affiné dans cette phase (Berger) ; ils expliquent par là ce phénomène bizarre de l'attraction exercée par l'expérimentateur sur le sujet à l'aide des mains promenées à peu de distance de celui-ci. D'autre part, Féré a montré qu'en mettant dans les mains du cataleptique un objet dont il connaît l'usage, on peut provoquer des mouvements automatiques en rapport avec l'usage en question : le sens du toucher n'est donc pas aboli. En revanche, l'analgésie, l'insensibilité à toute impression douloureuse, est aussi complète que dans l'état léthargique.

Le somnambule présente aussi de l'analgésie cutanée, mais il offre à un bien plus haut degré cette dissociation des différents modes de sensibilité, sur laquelle nous avons déjà eu l'occasion d'insister dans la première partie de ce travail. Certains sujets dans l'état somnambulique sont capables d'exécuter dans l'obscurité les travaux les plus délicats, et de lutter pour la finesse du toucher avec les aveugles. Ils saisissent les différences de température avec une précision dont ils seraient incapables à l'état de veille. Mais pour que cette hyperesthésie se manifeste, il faut que l'attention du sujet soit attirée ; lorsqu'il est livré à lui-même, sa sensibilité paraît ordinaire et même obtuse ; c'est seulement dans les cas où il est mis en mouvement par une influence étrangère et en quelque sorte forcé de percevoir ses sensations qu'il manifeste cette exaltation fonctionnelle que nous allons retrouver plus frappante encore pour les sens spéciaux. Encore faut-il, pour que la fonction s'exerce, que le sujet croie pouvoir l'exercer ; si l'expérimentateur lui affirme qu'il ne sent rien, qu'il a perdu la notion du froid,

du ehaud, de la position de ses membres, il ne sentira rien en effet, et les exeitations les plus énergiques ne provoqueront pas la plus légère impression. Preuve manifeste et déjà signalée à propos des paralysies suggestives, de l'influenee considérable de l'imagination sur les différents centres eérébraux tant sensitifs que moteurs et de l'inhibition complète qu'elle peut exereer sur eux.

Sens spéciaux. — Il est rare que les sens soient eomplètement oblitérés dans l'état hypnotique. Même au degré le plus marqué de la léthargie, les pupilles réagissent toujours plus ou moins à la lumière et le fait qu'il suffit d'ouvrir les yeux du sujet pour le faire passer de l'état léthargique à l'état cataleptique, montre bien qu'il n'y a jamais d'anesthésie de la rétine; mais s'il y a des sensations lumineuses, elles ne sont pas transformées en pereeptions.

Dans l'état eataleptique, l'activité sensorielle est déjà plus manifeste ; on peut, eomme l'a montré Rieher, faire eesser l'immobilité des yeux en agitant un objet queleonque devant le visage du sujet, dont le regard ne tarde pas à suivre le mouvement. De même en parlant brusquement à haute voix, on peut suggérer au eataleptique l'idée d'une voix amie ou ennemie, et lui faire prendre une physionomie eorrespondante.

Mais e'est seulement dans l'état somnambulique que l'aetivité sensorielle s'exeree avee une eertaine énergie ; eneore lorsqu'on eherehe à étudier eette aetivité, ne tarde-t-on pas à reeonnaître les mêmes anomalies, les mêmes ineonséquenees, les mêmes laeunes que nous signalions tout à l'heure à propos de la sensibilité générale.

D'abord, chez le somnambule, l'aetivité sensorielle ne s'exeree guère spontanément : il semble vivre dans un nuage ; les objets qui l'environnent le laissent indifférent, il ne les voit ni ne les entend, jusqu'au moment où l'ex-

périmentateur a dirigé son attention sur l'un d'eux. Alors ses sens paraissent acquérir par la eoneentration même une puissanee extraordinaire : ee même individu qui tout à l'heure ne voyait pas une lampe allumée et se brûlait si on n'y prenait garde, déehiffre maintenant presque sans lumière de fins earaetères imprimés, même si on les lui présente à rebours ; eet autre qui n'entendait pas une eonversation tenue à haute voix, pereevra le tie-tae d'une montre à la distanee de trois ou quatre mètres ; un troisième, si on lui présente des objets, tels que trousseaux de elefs, mouehoirs, porte-monnaie, reeonnaîtra leurs propriétaires à l'odeur, eomme font les chiens (Taguet) ; eelui-là distinguera le goût de l'eau de laurier-eerise dont on aura versé une seule goutte dans un verre d'eau.

Mais eette finesse parfois merveilleuse des sens ne met pas le somnambule à l'abri des plus grossières erreurs : il suffit d'une suggestion étrangère pour que ses yeux ou ses oreilles lui fournissent aussitôt les impressions les moins exaetes. A la voix de l'expérimentateur il eroit voir sur un papier blane une taehe rouge, ou bleue, ou jaune, et il la *sent* si réellement que lorsqu'on remplaee la feuille par une autre, sa rétine hyperesthésiée lui donne aussitôt la sensation de la eouleur eomplémentaire (Chareot). De même on lui fait suivre en l'air le vol d'un oiseau fantastique, et il le distingue si réellement que sa pupille par une aeeommodation instinetive se dilate quand l'oiseau s'éloigne et se rétréeit quand il se rapproehe (Féré). Ainsi du reste : on peut à son gré faire flairer au somnambule de l'ammoniaque pour de l'eau de Cologne, ou lui faire boire de l'eau salée sous prétexte de vin de ehampagne. Les sens tout à l'heure si subtils ne lui donnent plus que des notions fausses, ou plutôt les impressions justes qu'ils lui fournissent sont faussées par une interprétation inexaete.

Car à dire vrai, ehez le somnambule ee n'est pas l'or-

gane sensoriel qui est en faute, c'est le récepteur psychique. Etranger à la plupart des objets qui l'entourent, il ne sait rien mettre au point; selon la comparaison dont nous nous servions tout à l'heure, il semble être dans un nuage : des éclaircies momentanées lui permettent quelquefois de distinguer les objets réels, mais dans les vapeurs qui se referment, mille objets fantastiques se dessinent au gré de son imagination.

De son imagination n'est point exact, mais plutôt de celle d'autrui, car le somnambule est le jouet de quiconque sait prendre autorité sur lui et on peut dire qu'il ne voit que par ses yeux, qu'il n'entend que par ses oreilles et surtout qu'il ne pense que par son cerveau. C'est ce dont nous allons nous convaincre en étudiant l'état mental dans l'hypnotisme.

§ 3 Etat mental.

L'étude des troubles psychiques qui précèdent, accompagnent et suivent l'hypnose est certainement la partie la plus intéressante de la question qui nous occupe.

Sans aller comme le professeur Bernheim et ses émules de Nancy jusqu'à dire que tout l'hypnotisme est dans l'imagination du sujet, on doit avouer que les phénomènes purement moraux tiennent une place prépondérante dans l'histoire de l'hypnotisme.

Nous avons signalé l'importance du rôle de l'imagination, de l'attente, de l'*expectant attention*, comme disait Carpenter, dans la production de l'hypnose.

L'attente du phénomène, avons-nous dit, est une condition très favorable pour que le phénomène se produise. Berger, Heidenhein regardent même cette condition comme indispensable. Selon eux, chez toutes les personnes qui ont assez de puissance sur elles-mêmes pour distraire leur attention et leurs sens, les manœuvres hypno-

tisantes restent absolument inefficaces. Mais dès que le patient s'*imagine* être magnétisé, l'état hypnotique ne tarde pas à paraître.

Les expériences citées à l'appui de cette assertion méritent d'autant plus l'attention qu'elles ont été pratiquées sur des sujets tout à fait dignes de confiance : un étudiant en médecine, dit Heidenhain (1), fut averti que le soir du même jour à quatre heures, il serait magnétisé à distance et on l'engagea à regarder sa montre un peu avant quatre heures pour vérifier l'exactitude de cette assertion. Un de ses voisins fut chargé de l'observer, et à l'heure dite l'étudiant s'endormit.

Le fait capital dans cette expérience remarquable, c'est l'anéantissement presque absolu de la volonté et du libre arbitre sous l'influence de l'imagination.

Le même fait s'observe dans la plupart des phases de l'hypnose: sinon dans la léthargie où les centres cérébraux sont frappés d'une impuissance absolue, du moins dans la catalepsie où l'entendement n'est pas absolument paralysé, et surtout dans le somnambulisme qui nous offre un exemple parfait d'activité cérébrale coordonnée avec oblitération de la conscience et de la volonté.

Ce n'est pas que le sentiment du moi ait disparu chez les sujets en état de somnambulisme ; ils possèdent à un haut degré le sentiment de leur identité ; ils laissent voir avec un naturel parfait à l'expérimentateur qui les interroge leur caractère et leurs passions, retenues encore par un certain reste de respect humain. Mais ils n'ont dans l'affirmation de leur personnalité et de leur libre arbitre ni courage, ni persévérance : un ordre qui les révolte d'abord est exécuté sans murmure dès qu'il a été répété avec une autorité suffisante ; à une affirmation invraisemblable, ils opposent d'abord un démenti convaincu,

(1) Heidenhain. Der thierische Magnetismus. Leipzig, 1880.

mais si l'on tient bon ils hésitent et l'instant d'après ils sont persuadés.

Aussi est-il très facile de faire exécuter aux hypnotiques somnambules des actes en opposition complète avec leur caractère et leurs goûts : Heidenhain a cité l'exemple de son propre frère, hypnotisé par lui, auquel il suggéra de se couper avec des ciseaux ses favoris, cultivés avec amour depuis d'un an, et qui obéit, ce dont il fut très navré en se réveillant. Cette expérience a de la valeur, car la vanité est un des sentiments les plus tenaces au cœur de l'homme. Il est du reste presque aussi facile de déterminer un somnambule à tuer quelqu'un ; il proteste d'abord faiblement, puis se décide et une fois décidé n'hésite plus : l'expérience en a été faite plusieurs fois à la Salpêtrière et ailleurs (Liégeois).

Si la conscience est vacillante et la volonté très affaiblie dans le somnambulisme provoqué,en revanche les facultés de coordination sont remarquablement conservées ; elles paraissent même plus développées qu'à l'état de veille. Tel malade, qui dans l'habitude ordinaire de la vie est d'une simplicité d'esprit touchant presque à l'idiotie, vous surprendra une fois plongé dans l'état somnambulique par la promptitude et la netteté de ses réponses et par la logique de ses raisonnements. Lorsqu'on cherche à l'induire en erreur, il sait très bien découvrir le côté faible de la fiction qu'on lui présente, et vous en démontrer l'invraisemblance.

On aurait donc tort de croire que le jugement soit aboli dans l'hypnose, il s'exerce au contraire avec plus de clarté souvent qu'à l'état de veille, mais dans une sphère très limitée et seulement sur les objets que l'observateur met sous les yeux du sujet. D'autre part il manque de sûreté et de confiance en soi-même : on dirait que le patient, se sentant dominé par une volonté supérieure, n'ose pas avoir son avis personnel, ou s'il a

poussé le courage jusqu'à l'exprimer, il ne le défend guère et se range bientôt à l'opinion de son maître.

Il faut cependant faire quelque différence selon qu'il s'agit de choses familières ou, au contraire, nouvelles pour l'esprit du sujet. Dans le premier cas, ses facultés s'exercent avec une certaine liberté ; il résiste à l'influence étrangère qui cherche à troubler son raisonnement. Dans le cas contraire, il adopte sans protester les fautes de logique les plus grossières ; souvent, il ne tente même pas de raisonner ; il se soumet.

Pour s'expliquer cet état mental singulier, il faut se rappeler ce que nous disions tout à l'heure : le sentiment du moi n'est pas complètement aboli chez le somnambule artificiel,mais il est paralysé en quelque sorte et incapable de réagir contre des impressions vraies ou fausses, démesurément grossies par une imagination que nul frein ne retient plus.

Paralysie de la volonté consciente avec exubérance de la mémoire et de l'imagination, telle est en définitive la formule de l'état mental du somnambule.

L'exaltation de la mémoire que nous avons rencontrée si manifeste dans le somnambulisme naturel n'est pas moins prononcée dans l'hypnotisme. C'est par elle que s'expliquent presque tous les prodiges qui ont fait attribuer aux somnambules le don de seconde vue : c'est grâce à elle que l'hypnotisé parle des langues étrangères, décrit des localités qui lui sont inconnues, et des visages qu'il n'a jamais vus. Il n'invente ni ne devine rien ; il se rappelle seulement des choses qu'il avait depuis longtemps oubliées. Cette faculté n'a rien qui doive surprendre ; elle n'est même pas spéciale au somnambulisme et elle existe souvent dans le rêve ordinaire.

A ceux qui en douteraient, nous citerons le fait suivant, emprunté à Maury (1) : « Un de mes amis, M. F...,

(1) Maury. Le sommeil et les rêves, p. 121.

avait passé ses premières années d'enfance à Montbrison et n'y était pas retourné depuis. Vingt-cinq ans après, il projeta d'y faire une visite. La veille de son départ, il rêve qu'il est arrivé au terme de son voyage ; il est près de Montbrison, dans un certain lieu qu'il n'a jamais vu et où il aperçoit un monsieur dont les traits lui sont inconnus et qui lui apprend qu'il est M. T... C'était un ami de son père qu'il avait vu en effet dans son enfance mais dont il se rappelait seulement le nom. Quelques jours après, M. F... arrive à Montbrison. Quel n'est pas son étonnement de retrouver la localité vue par lui en songe et de rencontrer le même M. T... qu'il reconnut avant qu'il se nommât pour la personne qui lui était apparue en rêve ! Ses traits étaient seulement un peu vieillis. »

Cette reviviscence de souvenirs évanouis est très ordinaire dans l'état somnambulique et elle se combine avec le phénomène inverse : la disparition au réveil de tout souvenir des impressions reçues pendant le sommeil nerveux. Ces impressions ne sont pas plus effacées, au sens réel du mot, que ne l'était l'image de M. T... dans la mémoire de l'ami d'Alfred Maury; elles sont seulement devenues latentes : vienne une nouvelle période d'état somnambulique elles reparaîtront dans toute leur force, comme reparaissent les lignes tracées à l'encre sympathique lorsqu'on les soumet à un réactif convenable.

Mais là n'est pas le fait le plus incompréhensible : ces souvenirs, que le réveil a fait passer à l'état latent, ne laissent pas, même en cet état, d'influencer la volonté du sujet et de le pousser même à des actes par une sorte de réflexe aussi inconscient que les réflexes purement viscéraux. Voici un individu hypnotisé, auquel on a suggéré d'aller dans huit jours frapper un homme dont il n'a reçu aucune injure. Dans l'intervalle il n'a gardé en apparence

aucun souvenir, ni de la suggestion, ni du sommeil hypnotique lui-même ; il s'est conduit pendant ce temps comme un homme raisonnable et sain d'esprit ; cependant au jour dit il sent naître en lui-même une tentation étrange, dont l'origine lui échappe et qu'il repousse d'abord comme folle et criminelle. Bientôt la tentation grandit, et en même temps l'esprit du malade trouve des raisons spécieuses pour la justifier ; encore un peu et elle se transforme en une impulsion irrésistible, qui sera promptement suivie d'effet, si l'auteur de ce grave désordre n'intervient pas à temps pour l'arrêter.

Ces faits, dont on ne saurait douter, ne s'expliquent pas par une simple aberration morbide de la mémoire ; pour les comprendre il est nécessaire de se représenter l'état particulier de l'imagination chez l'hypnotique ; c'est par là que nous terminerons cette analyse déjà trop longue, bien que forcément incomplète.

L'imagination est en effet, de toutes les facultés, celle peut-être qui est le plus profondément modifiée dans l'état hypnotique, et la surexcitation de l'imagination peut être regardée à la fois comme la cause principale et comme la caractéristique des phénomènes du somnambulisme provoqué. Cette faculté, dont le rôle se borne d'ordinaire à faire revivre et à grouper des images sorties de la profondeur du souvenir, acquiert en outre chez l'hypnotisé le pouvoir de transformer les impressions fournies par les sens et d'en créer des fantômes qui ne se distinguent en rien des objets réels. Le somnambule qui croit voir un carré rouge sur la surface d'un papier blanc verra deux carrés rouges si l'on fait dévier un de ses globes oculaires ou si l'on interpose un prisme devant ses yeux, mais l'expérience ne réussira pas si le sujet est amaurotique ou simplement achromatopsique d'un œil.

L'impression est donc réelle ; il ne s'agit pas d'une

hallucination pure; mais cette impression, fournie par la rétine hyperesthésiée, est transformée dans le sensorium par la puissance de l'imagination et la perception est si bien celle d'un carré rouge, que si on présente au malade une autre feuille de papier blanc, il y voit aussitôt et de lui-même un carré vert, c'est-à-dire la couleur complémentaire (Charcot).

Autre fait à noter. L'imagination surexcitée du somnambule ne se met pas d'elle-même en mouvement. Le malade a peu ou pas d'idées personnelles; mais l'idée fournie par l'esprit d'un autre se réfléchit aussitôt dans son cerveau et, l'impulsion une fois donnée, l'imagination fait le reste. Elle complète le tableau ébauché, l'orne d'une foule de détails et poursuit sans hésitation la ligne dont on lui a tracé le commencement.

L'étudiant en médecine hypnotisé par Heidenhain et conduit par lui en imagination dans le jardin zoologique voyait et reconnaissait les plantes et les animaux, et quand on lui parla d'un lion qui venait de s'échapper, il l'aperçut si bien qu'il jeta des cris de terreur et que dix minutes après son réveil il frissonnait encore sans plus savoir pourquoi.

C'est là ce qui fait l'originalité du somnambule, ce qui le différencie de l'automate, auquel on le compare si volontiers. Chez lui, une idée suggérée est le point de départ d'une série d'actes coordonnés et voulus; la spontanéité seule fait défaut; l'intelligence et le raisonnement demeurent.

Mais nous n'avons pas tout dit. Cette idée dont le point de départ lui est étranger, le somnambule la fait sienne, elle s'installe dans son cerveau avec toutes ses conséquences; elle survivra même à l'état hypnotique si l'on n'y prend garde.

Vient-on à réveiller le sujet dans ses conditions, il conserve l'idée, mais il perd le souvenir de son origine; si

bizarre qu'elle soit, il la croit spontanée et trouve pour l'expliquer à lui-même et aux autres mille raisons plus ou moins bonnes. L'image objective fausse lui semble une réalité évidente, l'impulsion mauvaise ou absurde est suivie avec plus ou moins de répugnance, mais suivie presque toujours jusqu'au bout; tel est l'état mental bizarre du sujet hypnotisé et l'on peut lui appliquer avec bien plus de force tous les arguments dont s'est servi Alfred Maury pour identifier les hallucinations du rêve avec celles de la folie.

L'hypnotisé est un aliéné véritable; son intelligence est faussée dans ses plus secrets ressorts : il n'a ni plus de personnalité ni plus de responsabilité qu'un fou.

CHAPITRE V.

NATURE ET PATHOGÉNIE DU SOMMEIL NERVEUX PROVOQUÉ.

Avant d'aborder la question encore très peu avancée de la physiologie pathologique de l'hypnose, nous devons dire quelques mots d'une série de phénomènes qui ont excité de tout temps un vif intérêt, et qui paraissent offrir une réelle analogie avec ceux du sommeil nerveux provoqué; nous voulons parler de ce qu'on a appelé l'hypnotisation des animaux.

Dès le XVIIe siècle, en 1646, le père Kircher, dans un ouvrage intitulé: « Ars magna lucis et umbræ » citait sous le nom *d'experimentum mirabile*, la pratique populaire qui consiste à prendre une poule, à la maintenir sur le ventre, le col étendu, et à tracer avec de la craie une longue ligne droite partant du bec et se prolongeant selon l'axe du corps. La poule, dit Kircher, tient ses yeux

fixés sur cette ligne blanche qu'elle prend pour un lien qui la retient et demeure immobile, sans tenter aucun mouvement pour s'échapper.

Le fait indiqué par Kircher est exact et il est facile à chacun de le reproduire ; mais son interprétation était fausse. Czermak (1) montra, en 1873, qu'on pouvait obtenir le même phénomène, sans tracer de ligne sur le sol ; il suffit de maintenir quelque temps l'animal immobile, la tête et le cou étendus, ou au contraire repliés sur le dos. Il parvint à hypnotiser et même à cataleptiser des animaux de toute sorte (oiseaux, lapins, salamandres, écrevisses) en leur faisant fixer pendant quelque temps un objet placé en face de leurs yeux, ou simplement en les mettant dans une position contre nature.

Preyer (2), dans deux mémoires successifs, chercha à démontrer qu'il ne s'agissait pas d'un phénomène d'hypnotisation véritable, mais bien d'une immobilité, d'une sorte de fascination produite par la peur, état auquel il donne le nom de cataplexie. La stupeur produite par la foudre, par le choc d'un projectile, par un grand traumatisme chirurgical, serait un fait du même ordre. Ces effets seraient dus à l'excitation des appareils modérateurs de l'innervation centrale par une impression sensitive violente.

Mais peu après Danilewsky (3) a fait connaître des résultats nouveaux et intéressants, obtenus sur des grenouilles par le procédé du père Kircher. Il constatait

(1) Czermak. Ueber hypnotische Zustände bei Thieren. Arch. f. Physiologie, VII, 1873.

(2) Preyer. Ueber eine Wirkung der Angst bei Thieren. Centralbl. f. med. Wiss., n° 12, 1873, et Die Kataplexie und der thierische Hypnotismus. Samml. physiol. Vorträge, 2e Reihe, 1r Heft, 1878.

(3) Danilewsky. Hypnose bei Fröschen. Pflüger's Archiv., Bd. XXIV, 1881.

une anesthésie complète du tégument externe, avec abolition presque complète de l'excitabilité musculaire réflexe; de plus les mouvements conscients sont abolis, même ceux qui présentent le caractère instinctif (mouvements de défense): ainsi, quand on place un papier humide sur les narines de la grenouille hypnotisée, elle ne l'enlève pas (ce qu'elle ne manque jamais de faire à l'état normal); elle demeure inactive et sans volonté, bien qu'une dyspnée intense ne tarde pas à se produire. Cet état présente une analogie incontestable avec ce qu'on observe dans certaines phases de l'hypnose chez l'homme.

D'autre part, comme l'a rappelé Heubel (1), des effets analogues ont été observés, il y a déjà longtemps, sur des animaux beaucoup plus voisins de l'homme, le cheval par exemple. Dès 1828, un Hongrois, Balassa (2) avait fait connaître une méthode qui permet de ferrer sans difficulté les chevaux les plus vicieux. En le fixant carrément dans les yeux, on amène le cheval à reculer, à lever la tête; son cou se raidit et souvent il demeure complètement immobile, au point de ne pas bouger, même si l'on tire un coup de fusil dans le voisinage. La friction douce avec la main en croix sur le front et les yeux, serait aussi un moyen auxiliaire précieux pour calmer et assouplir le cheval le plus méchant. L'efficacité de ces manœuvres a été tant de fois constatée que l'application de la méthode de Balassa « das balassiren » est encore aujourd'hui traditionnelle dans l'armée austro-hongroise.

Ces phénomènes, sur lesquels Rieger (3) a de nouveau

(1) Heubel. Archiv für die gesammte Physiologie, t. XIV, 1877.

(2) Balassa. Methode des Hufbeschlages ohne Zwang. Wien, 1828.

(3) Rieger. Der Hypnotismus. Iena, 1884.

insisté dans un travail récent, ne sont à coup sûr pas identiques à ceux de l'hypnose proprement dite, mais ils en sont très voisins, et selon la remarque de Bernheim (1), à qui nous avons emprunté une partie des détails qui précèdent, ils prouvent que même chez les animaux, certaines excitations extérieures, de nature physique (douleur vive, position contre nature, fixation des yeux) ou même psychique (peur, attention anxieuse) peuvent, en concentrant l'activité cérébrale sur un unique objet, paralyser momentanément certaines fonctions au profit des autres.

Nous verrons tout à l'heure quelle application on peut faire de ces données forcément très générales. Pour le moment revenons à l'hypnotisme chez l'homme.

A en croire Liébeault, le professeur Bernheim et les autres observateurs de Nancy, le sommeil nerveux n'aurait rien de pathologique : il serait un phénomène presque normal et qu'on pourrait produire plus ou moins facilement chez tous les sujets. Nous ne pouvons nous rallier à cette opinion.

Et d'abord, c'est une erreur de dire que tous les sujets sont hypnotisables. Liébeault et Bernheim eux-mêmes n'en ont trouvé que quatre-vingt-quinze pour cent. Bottey (2) réduit cette proportion de plus des deux tiers. Seppilli (3) n'en trouve que dix pour cent. Mais, alors même que tous les sujets seraient hypnotisables, il ne s'ensuivrait pas que le sommeil nerveux fût un phénomène physiologique. Qu'on nous pardonne une comparaison presque triviale : il est possible de donner mal à la tête à tout le monde et cependant nul ne dira que la céphalalgie soit un fait physiologique.

(1) Bernheim. De la suggestion dans l'état hypnotique. Paris, 1884.

(2) Bottey. Le magnétisme animal. Paris, 1884.

(3) Seppilli. I fenomeni di suggestione nel sonno e nella veglia. Rivista speriment. di freniatria, 1885.

Pour que l'hypnose puisse réussir, il faut que le sujet soit déjà dans un état nerveux qui n'est plus l'état normal. Cet état, on le trouve tout préparé chez beaucoup de gens, chez la plupart des névropathes, et Dieu sait s'ils sont nombreux dans un siècle où la pathologie nerveuse menace d'envahir presque tout le domaine médical. Mais il est possible de le faire naître chez beaucoup d'individus sains en apparence par différents moyens que l'on retrouve partout dans l'histoire de l'hypnotisme et du magnétisme (qui est la même chose sous un autre nom). Ces moyens, c'est l'imagination et l'exemple, c'est aussi la fatigue imposée au système nerveux par des manœuvres plus ou moins prolongées pendant lesquelles le sujet résiste sans trop savoir à quoi il résiste.

Il est à peine besoin de citer des exemples.

L'influence de la fatigue nerveuse est démontrée par les symptômes mêmes qui précèdent l'état hypnotique ou qui le remplacent chez les sujets réfractaires : douleur de tête, constriction des tempes, pesanteur des yeux, brisement général, pandiculations.

L'influence de l'exemple se manifeste dans toutes les séances dites de magnétisme lorsque plusieurs personnes réunies pour se soumettre aux manœuvres mystérieuses échangent et multiplient leurs émotions l'une par l'autre. C'est aussi l'imitation, suivant la juste remarque de Demarquay et Giraud-Teulon, qui créait au moyen âge les épidémies de possédés, qui plus tard a enfanté les merveilles du baquet de Mesmer et de l'arbre magnétisé de Puységur.

Enfin c'est l'imagination qui toujours, en troublant l'esprit du sujet, en lui représentant des forces mystérieuses contre lesquelles toute lutte est impossible, le place d'avance dans l'état morbide favorable au développement des phénomènes de l'hypnose.

On aurait donc tort de considérer le sommeil nerveux

provoqué comme un phénomène physiologique; c'est une maladie artificielle et une maladie qui s'aggrave par la récidive.

Quelle place faut-il lui donner dans la nosologie? Pour le savoir, il suffit de rappeler les analogies, les identités pour mieux dire que nous avons constatées à chaque pas entre l'hypnose et les diverses formes du sommeil nerveux spontané. Entre le sommeil léthargique, décrit dans la première partie de ce travail et l'état léthargique artificiel, il y a similitude presque parfaite. Tout s'y retrouve : l'assoupissement complet des facultés cérébrales, le ralentissement des fonctions organiques, le phénomène de l'hyperexcitabilité musculaire, mal vu par les auteurs, mais qu'il est facile cependant de discerner dans un certain nombre d'observations (Puel, Berdinel et Monod), enfin la transformation possible de cet état en une autre forme de sommeil sous l'influence de certaines excitations extérieures.

Entre la catalepsie spontanée et l'état cataleptique provoqué, la ressemblance est encore plus parfaite : même début par une impression sensorielle brusque et violente, même abolition de la sensibilité et des sens spéciaux, même état des muscles dont l'aptitude extraordinaire à conserver les positions communiquées fait toujours l'étonnement des observateurs, même écarquillement des paupières avec fixité du regard.

Quant à l'état somnambulique, il ne diffère du somnambulisme naturel que par des caractères accessoires. Le somnambule spontané suit son rêve, il ne voit, n'entend que ce qui s'y rapporte, il brise ou tourne les obstacles et rentre dans le repos quand il a satisfait l'impulsion qui le pousse. Le somnambule artificiel n'a point d'idées à lui, mais celles qu'on lui suggère n'en sont que plus irrésistibles et pour les exécuter il déploie la même vigueur, la même subtilité : le premier obéit à une idée fixe, le

second à diverses idées nées de l'intelligence d'un autre : là est toute la différence.

Nous n'hésitons donc point à conclure que les manifestations du sommeil nerveux provoqué sont la reproduction expérimentale des diverses formes du sommeil pathologique et procèdent comme elles d'un état morbide du système nerveux.

Mais quelle est la nature, quelle est l'origine de cet état morbide?

Il est difficile de ne pas reconnaître qu'il s'agit d'un trouble au moins en partie d'origine psychique et, comme le fait remarquer Berger (de Breslau), l'impossibilité d'éliminer ce facteur psychique rend forcément incomplètes et boiteuses toutes les hypothèses relatives à la pathogénie et à la physiologie pathologique de l'hypnose. Quand nous aurons répété ce que nous disions dans l'introduction de ce travail, que les phénomènes du sommeil morbide se réduisent à une dissociation de l'activité des diverses parties de l'encéphale, dissociation qu'on observe à un degré moins accentué dans le sommeil avec rêve, nous n'aurons pas beaucoup avancé la solution. Comment et pourquoi cette dissociation s'opère-t-elle? Voilà ce qu'il faudrait savoir.

Preyer (1), appliquant à l'hypnotisme sa théorie du sommeil ordinaire, a cru pouvoir avancer que la concentration de la pensée déterminait une activité exagérée des cellules cérébrales, lesquelles produisaient alors en abondance des lactates facilement oxydables qui paralyseraient l'encéphale en fixant l'oxygène destiné à entretenir son activité.

Il est à peine besoin de faire remarquer combien cette théorie est peu d'accord avec la rapidité de l'apparition et de la disparition des phénomènes hypnotiques.

(1) Preyer. Die Entdeckung der Hypnotismus. Berlin, 1881.

La théorie de Rumpf (1) soulève des objections non moins sérieuses.

Cet auteur, ressuscitant les vieilles doctrines qui faisaient provenir le sommeil d'une modification circulatoire dans les centres nerveux, a voulu voir des ischémies et des hyperémies partielles et systématisées à la source de tous les phénomènes du sommeil morbide. Or, bien que l'étude des localisations cérébrales soit loin d'être achevée, nous en savons assez pour affirmer que les centres encéphaliques sont groupés d'une manière tout autre que ne le feraient supposer leurs analogies fonctionnelles et qu'ils ne sauraient posséder chacun un système circulatoire distinct.

D'ailleurs, quand même ce système circulatoire, spécial à chaque centre et par conséquent à chaque fonction, serait démontré réel, on n'en saurait expliquer les modifications individuelles sans faire intervenir une influence vaso-motrice réflexe et alors on voit à quelles complications d'hypothèses on est entraîné.

Un autre argument plus direct peut être opposé à cette théorie. Heidenhain a fait voir qu'on pouvait produire l'hypnotisme et tous ses phénomènes après avoir fait inhaler au sujet du nitrite d'amyle et déterminé ainsi une dilatation vasculaire générale.

Enfin, dernière raison, la plus frappante de toutes, les sujets passent d'une phase à l'autre de l'hypnose avec une rapidité qui exclut la possibilité même d'une modification vasculaire. La contraction des fibres musculaires lisses, comme on le sait, est lente; elle demande un temps appréciable pour s'effectuer : or telle hystérique dont l'oreille est frappée par un bruit violent tombe en catalepsie d'une manière subite, instantanée, sans avoir le temps d'achever le mouvement commencé ; la même ma-

(1) Rumpf. Ueber Hypnotismus. Deutsche med. Wochenschrift, 1880.

lade, à qui dans cet état l'on serre la main et les doigts sans qu'elle réagisse, va tomber en léthargie par la simple occlusion des yeux et aussitôt cette main, comme si elle était mue par un ressort, va se refermer sur la vôtre avec la vigueur et la soudaineté de la main du Commandeur.

A notre avis, les phénomènes de l'hypnose comme ceux du sommeil pathologique spontané doivent être attribués non pas à un changement circulatoire mais à une modification primitive et directe de l'activité des cellules nerveuses. Durand de Gros, Liébeault et plus récemment Schneider (1) ont entrevu cette idée lorsqu'ils ont supposé que la concentration de la pensée sur un seul point, en accaparant pour ainsi dire toute la force nerveuse, en localisant l'activité psychique dans une région circonscrite, avait pour résultat de paralyser les autres parties de l'encéphale.

Mais la théorie de l'inhibition, outre qu'elle est plus claire et d'une nature moins abstraite, fournit une interprétation beaucoup plus satisfaisante de tous les phénomènes observés. On sait par des preuves expérimentales nombreuses que l'excitation portée sur un point du système nerveux a souvent pour effet de paralyser par une sorte d'interférence l'activité d'une autre partie du même système en relation avec la première. Le mécanisme de ces actions d'*arrêt* nous échappe absolument, mais leur réalité n'est pas douteuse. Quoi d'étonnant que les diverses portions du centre cérébro-spinal unies entre elles par des connexions si nombreuses et si étroites puissent nous présenter les phénomènes d'arrêt à leur maximum d'intensité.

Chez l'hystérique jetée en catalepsie par une lumière vive, par un bruit éclatant, c'est l'impression sensorielle

(1) Schneider. Die psychische Ursache der hypnot. Erscheinungen. Leipzig, 1880.

qui exerce une inhibition soudaine sur la totalité de l'écorce cérébrale, tout en respectant, en exaltant même peut-être l'activité du centre de coordination des mouvements.

Chez le névropathe qui, par son imagination seule, tombe en léthargie, c'est une fonction cérébrale exaltée à l'excès, qui supprime momentanément toutes les autres.

Même phénomène chez l'individu ravi en extase et auquel la fixation persistante d'un unique objet enlève le sentiment et la raison.

Il est donc permis d'admettre avec Brown-Séquard (1) et Heidenhein que chez les individus prédisposés, une excitation faible et continue (ou au contraire brusque et violente) amenée au cerveau par les nerfs périphériques, ou suscitée en lui par le travail de l'imagination, peut déterminer par voie d'inhibition la paralysie fonctionnelle de certains éléments nerveux, en exciter d'autres directement ou par suppression des influences qui modéraient leur action et produire ainsi des états anormaux dont la caractéristique est la dissociation de l'activité cérébrale, l'exaltation de certaines fonctions au détriment des autres.

C'est tout ce qu'on sait, tout ce qu'on peut dire sur la pathogénie des phénomènes du sommeil nerveux : vouloir aller plus loin serait dangereux et inutile.

(1) Brown-Séquard. Application de la théorie de l'inhibition aux phénomènes de l'hypnotisme. Gaz. hebdomadaire, p. 136, 1882.

CHAPITRE VI.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET MÉDICO-LÉGALES.

§ Ier. De l'hypnotisme au point de vue thérapeutique.

Braid, le premier qui ait fait de l'hypnotisme un procédé scientifique, avait conçu de grandes espérances quant à la valeur thérapeutique de sa méthode. On trouve dans son livre un grand nombre d'observations relatives à des maladies de toute sorte qui auraient été guéries par la pratique de l'hypnotisation. Il cite des cas d'affections douloureuses, d'affaiblissement des sens spéciaux, guéris par le sommeil nerveux.

Inutile de dire que tout ce qu'il y a d'authentique dans ces faits se rapporte à des névroses et la plupart du temps à l'hystérie.

De ces tentatives il est resté peu de chose.

Mais Braid avait aussi appelé l'attention sur la possibilité de produire l'anesthésie chirurgicale par l'hypnotisme, et c'est à ce point de vue seul que s'est placé Azam lorsqu'il a tenté, en 1859, de faire revivre la méthode du médecin de Manchester.

Nous avons déjà dit comment, après plusieurs cas encourageants publiés par Follin, par Broca, par Guérineau, et surtout par Esdaile, chirurgien de Calcutta, on se vit contraint de renoncer à l'hypnotisme comme méthode d'anesthésie chirurgicale. Les résultats étaient trop lents, trop incomplets et trop infidèles.

Demarquay et Giraud-Teulon, en rendant compte de cet insuccès, n'en revendiquèrent pas moins l'hypnotisme comme une méthode utile de traitement des névralgies et de quelques autres affections douloureuses.

Leurs expériences demeurèrent isolées et les magnéti-

seurs de profession ont été les seuls jusqu'à ces dernières années à prétendre employer l'hypnotisme, on sait comment, aux choses de la médecine.

Sous l'influence des recherches récentes, l'application thérapeutique du sommeil provoqué a été tentée de nouveau, et cela surtout à l'aide de la suggestion, c'est-à-dire en ordonnant aux malades hypnotisés de ne plus souffrir, et en leur affirmant péremptoirement qu'ils sont guéris.

Berger (de Breslau), Bernheim et Beaunis à Nancy, et surtout Auguste Voisin à Paris, ont fait des essais intéressants, et bien que leurs expériences soient encore trop récentes et trop peu nombreuses pour permettre de porter sur la nouvelle méthode un jugement définitif, cependant il est dès aujourd'hui permis d'espérer que la suggestion hypnotique fournira dans le traitement d'un certain nombre de maladies nerveuses une utile ressource aux médecins.

En résumé, les applications thérapeutiques réalisées jusqu'à présent portent sur deux points principaux : dans une première série de cas, on s'est efforcé, en obtenant l'analgésie par hypnotisation, de faire cesser des douleurs plus ou moins vives et de rendre le calme au malade. C'est ainsi que procédaient Demarquay et Giraud-Teulon : dans des cas de névralgies périphériques ou viscérales liées à l'hystérie, ils ont obtenu plusieurs fois par l'hypnotisme, non seulement la sédation immédiate des douleurs, mais un calme absolu se prolongeant pendant plusieurs heures après l'accès. Celles des observations de Braid qui méritent créance sont relatives à des cas de cette nature ; mais les applications de l'hypnotisme employé comme succédané des anesthésiques et des narcotiques sont, comme on l'a vu plus haut, très limitées.

Le côté intéressant et vraiment neuf des recherches

récentes, c'est l'application à la thérapeutique de cette extrême docilité de l'imagination des sujets qui les rend aptes à adopter sans discussion toutes les idées qu'on leur impose et, d'autre part, de cette influence marquée du moral sur le physique, grâce à laquelle les appareils viscéraux eux-mêmes semblent subir le contre-coup des conceptions imaginatives du sujet.

Comme on le comprend aisément, cette médication suggestive ne peut s'appliquer qu'aux affections d'origine nerveuse et plus spécialement aux névroses, dont un grand nombre sont jusqu'à un certain point des maladies d'imagination.

Jusqu'ici les résultats thérapeutiques obtenus se rapportent principalement à l'hystérie et à ses manifestations si variées (1). A la Salpêtrière, on emploie volontiers la suggestion hypnotique pour calmer les malades et diminuer le nombre des attaques. Debove a réussi par la même méthode à faire cesser chez ses malades divers troubles tels que l'anorexie, les vomissements, la constipation opiniâtre. Berger, de Breslau, aurait guéri de cette manière des contractures et d'autres accidents; enfin Bernheim a fait connaître au congrès de Blois, en 1884, trois cas de troubles choréiques de l'écriture, guéris par la suggestion dans l'état hypnotique ; dans

(1) Nous ne pouvons prendre au sérieux les résultats annoncés par le Dr Liebeault, de Nancy, dans un récent opuscule (Du zoomagnétisme, Nancy, 1884). Il s'agit d'enfants atteints de coqueluche, de diarrhée infantile, de scrofule et même de carie de la colonne vertébrale (!) améliorés et même guéris en une, deux ou au plus trois séances de *touche magnétique*. Parmi les 45 observations citées il n'en est pas une qui supporte l'examen. L'auteur explique, du reste, ses prétendus succès par l'action d'un fluide nerveux transmis par l'opérateur à l'opéré : théorie qui nous ramène tout droit à Mesmer.

deux de ces cas au moins, l'influence névropathique était manifeste.

Mais nous devons donner une mention spéciale aux expériences tentées par Auguste Voisin chez les aliénés.

Les résultats en sont d'autant plus remarquables que jusqu'à ces derniers temps les aliénés passaient pour réfractaires à l'hypnotisation. Berger, notamment, a déclaré avoir tenté inutilement de provoquer le sommeil nerveux chez plus de cinquante aliénés calmes. Voisin a été plus heureux : au dernier congrès (1) de l'Association française pour l'avancement des sciences, il a annoncé avoir obtenu par la suggestion hypnotique des effets très satisfaisants chez des aliénés atteints de délire partiel ou d'excitation maniaque; une observation, précédemment communiquée à la Société médico-psychologique de Paris (2), est particulièrement frappante.

Depuis cette époque, l'auteur a continué ses tentatives avec un succès de plus en plus marqué; grâce à une communication bienveillante, nous pouvons donner ici le résumé de ses dernières observations. « Il a réussi à provoquer l'hypnotisme chez des hallucinés, des maniaques, des lypémaniaques, des dipsomanes, ainsi que chez des hystériques et des épileptiques frappés d'aliénation. Le sommeil hypnotique ne peut être obtenu chez un aliéné que si la faculté d'attention est conservée. Les aliénées hystériques sont les malades les plus aptes à être traitées par l'hypnotisme. — Quand on a réussi à provoquer le sommeil chez un aliéné, il est utile de le laisser durer les premières fois pendant 12 ou 15 heures et de ne commencer la suggestion que plus tard. Après deux ou trois séances d'hypnotisme, on commence à user de la suggestion ; il faut procéder lente-

(1) A. Voisin. De l'hypnotisme employé comme traitement de l'aliénation mentale. Congrès de Grenoble, 1885.

(2) A. Voisin. Ann. médico-psychologiques, t. II, 1884.

ment, agir d'abord sur une conception délirante, sur une hallucination, puis sur d'autres. Il ne faut pas faire trop de suggestions pendant une même séance, sans quoi l'on détermine un malaise évident qui se traduit par des crispations de la face et on n'obtient pas au réveil l'exécution précise des injonctions. Les suggestions doivent être faites à haute voix, formulées d'une façon précise et articulées avec autorité. Il faut signifier aux malades de ne plus entendre tel bruit, telle voix, de ne plus sentir telle odeur, de ne plus avoir telle idée délirante. On leur affirme que toutes ces idées sont fausses et résultent de leur maladie, qu'ils ne doivent pas y croire, qu'ils guériront, et enfin qu'ils sont guéris. Dans divers cas, deux ou trois séances ont suffi pour amener une guérison qui ne s'est pas démentie depuis plusieurs mois. »

Ces résultats sont encourageants, et les expériences méritent d'être poursuivies. S'il est une maladie dans laquelle un traitement moral semble rationnellement indiqué, c'est à coup sûr l'aliénation mentale.

Lorsqu'on envisage l'hypnotisme au point de vue thérapeutique, il est une question qui se pose tout naturellement.

Les manœuvres par lesquelles on provoque le sommeil nerveux sont-elles toujours inoffensives et n'ont-elles aucune influence fâcheuse pour les sujets qui s'y soumettent?

Il y a là, comme dans l'emploi de tous les moyens thérapeutiques, une question d'usage et d'abus ; ce qui dans certains cas est utile ou tout au moins inoffensif peut-être nuisible dans d'autres.

Qu'on nous permette une comparaison. Les injections sous-cutanées de morphine, employées pour calmer la douleur et procurer le sommeil aux malades, sont assurément l'une des conquêtes les plus précieuses de la thé-

rapeutique moderne; cependant on sait quels inconvénients, quels dangers entraîne l'abus de ce remède si utile et que la morphinomanie est devenue l'une des plaies de la société contemporaine.

Il en serait de même de l'hypnotisme si son emploi venait à se généraliser, et surtout s'il passait des mains du médecin dans celles du public ignorant.

Très utile dans certaines formes de maladies nerveuses où l'on peut, grâce à ce puissant moyen, soulager des maux rebelles à toute médication, inoffensif lorsqu'il est pratiqué avec mesure dans un but scientifique, l'hypnotisme offrirait les plus sérieux dangers s'il devenait soit un passe temps à l'usage des oisifs, soit un moyen pour les gens nerveux de satisfaire leur besoin d'émotions ou leur recherche inquiète de sensations inconnues. Il suffit, en effet, d'avoir expérimenté un petit nombre de fois pour reconnaître avec quelle facilité les phénomènes de l'hypnose se développent et se compliquent lorsqu'on les provoque à plusieurs reprises chez le même sujet; il se produit évidemment une sorte d'éducation du système nerveux qui le rend de plus en plus apte à présenter ces modifications bizarres dont nous avons tracé le tableau.

Tel individu, dit Hack-Tuke (1), dont la susceptibilité aux manœuvres hypnotiques semblait médiocrement développée lors d'une première expérience, arrive après un certain nombre de séances à s'hypnotiser presque sans le savoir dès qu'il fixe un objet lumineux ou qu'il se livre à une lecture attentive. La polarisation des éléments nerveux qui s'accomplissait difficilement au début devient peu à peu presque spontanée.

Un jeune homme, qui avait été soumis par Brémaud à des séances répétées d'hypnotisation, se trouvait, à la suite de ces manœuvres réitérées, dans un état nerveux

(1) Hack-Tuke. Sleep-walking and hypnotism. London, 1884.

manifestement pathologique ; il présentait en particulier, même à l'état de veille, une excitabilité musculaire telle qu'une friction un peu forte des muscles suffisait à en déterminer la contracture, véritable diathèse de contracture comme on ne l'observe guère que dans la grande hystérie (Charles Richet).

C'est donc aux médecins à juger dans quelle mesure ils peuvent employer l'hypnotisme sans inconvénient pour leurs malades.

§ II. — De l'hypnotisme au point de vue médico-légal.

Voici une question qui existait à peine il y a peu d'années encore, mais qui mérite assurément toute l'attention des médecins aussi bien que des criminalistes. Il faut donc savoir gré à Liégeois et aux autres expérimentateurs de Nancy de l'avoir soulevée.

Il paraît démontré en effet que tout individu un peu familiarisé avec les pratiques du magnétisme, comme on dit encore dans le public, peut faire exécuter au sujet mis dans l'état de somnambulisme tous les actes qu'il lui plaît. Faut-il répéter ces exemples maintes fois cités d'actes de violence accomplis sur de malheureuses victimes qui, sans perdre entièrement conscience de l'injure subie, avaient perdu tout pouvoir de s'y soustraire ? L'histoire du mendiant Castellan, condamné, en 1865, par la Cour d'assises de Draguignan, à douze ans de travaux forcés pour un crime de cette nature, est citée partout et nous n'avons pas besoin de la reproduire. On en pourrait rapprocher le fait de ce dentiste de Rouen qui avait abusé de l'état de sommeil nerveux dont sa malade était saisie dès qu'elle s'asseyait sur le fauteuil opératoire.

Des cas d'un autre genre pourraient se présenter. Vibert parle d'un expérimentateur américain qui, dans une séance d'hypnotisme, fit remplir et signer un chèque au sujet endormi. Le chèque se trouva parfaitement en

règle et, après le réveil, son auteur n'avait aucun souvenir de l'avoir écrit. Il est inutile d'insister sur les conséquences graves et compliquées d'un fait semblable s'il avait été commis réellement et s'il en fallait poursuivre juridiquement l'annulation.

Mais l'hypnotisme réserve aux jurisconsultes de l'avenir des difficultés bien autrement grandes encore ; nous avons parlé longuement, dans un chapitre précédent, de la persistance des impressions suggestives après le réveil. Des expériences mille fois répétées le prouvent : dans le cerveau docile de ce patient sans volonté, on peut déposer des idées, des instincts coupables qui, l'hypnose une fois dissipée, sommeilleront plus ou moins longtemps pour se réveiller à l'heure prescrite, sous forme d'impulsions irrésistibles ; et le sujet, poussé par des lubies soudaines qu'il ne pourra ni prévoir, ni réprimer, se portera à des actes coupables dont il se croira de bonne foi l'auteur, alors qu'il n'en aura été que l'instrument inconscient.

Comment reconnaître la vérité quand un de ces tristes êtres, qui vivent du crime ou de la débauche d'autrui, aura par des pratiques, hélas, trop faciles subjugué la volonté d'une malheureuse créature et lui aura dicté un vol ou un assassinat qu'elle commettra ponctuellement et qu'elle expliquera même par quelques motifs spécieux sans pouvoir révéler une influence dont sa faible mémoire n'a gardé aucune trace et dont la connaissance déplacerait pourtant aux yeux des juges les responsabilités réelles?

Comment démasquer la fraude, quand un mécréant sans scrupule, abusant du pouvoir presque sans bornes que l'hypnotiseur exerce sur son sujet, lui suggérera un faux témoignage qui, rendu avec l'accent de la conviction et sous la foi du serment, compromettra la réputation et peut-être la vie d'une personne innocente?

Quelques auteurs, et Vibert est du nombre, pensent que, dans un cas semblable, le médecin légiste serait en droit de recourir à l'hypnotisation pour raviver les souvenirs et faire renaître dans l'esprit du sujet les impressions effacées. Nous ne sommes pas de cet avis. Une méthode d'investigation par laquelle un accusé ou un témoin serait privé, même passagèrement, de son libre arbitre, ne saurait être employée dans un but juridique, et surtout un témoignage recueilli dans ces conditions ne peut être invoqué contre une tierce personne. Tout au plus le médecin expert aura-t-il le droit, en essayant les manœuvres d'hypnotisation sur l'inculpé, d'éprouver son plus ou moins d'impressionnabilité à ces manœuvres. C'est ce que fit Motet (1) dans le cas d'un somnambule accusé d'outrage public à la pudeur : il endormit l'accusé devant le tribunal par la simple fixation du regard et le montra privé de volonté, répétant comme un automate sur l'injonction du médecin toute la scène qui avait motivé son arrestation. L'inculpé fut acquitté comme irresponsable. Mais il faut ajouter qu'il s'agissait d'un individu que Motet connaissait et qui avait été longtemps tenu en observation à l'hôpital Saint-Antoine avant le fait pour lequel il comparaissait devant la justice.

En sera-t-il toujours de même? Non, sans doute, et des cas se présenteront certainement où un prévenu, ne pouvant nier son crime, invoquera l'hypnotisme pour excuse comme on invoque aujourd'hui l'ivresse. Accueillir un pareil moyen de défense, permettre surtout à l'accusé d'en fournir la preuve expérimentale, c'est ouvrir à l'imposture une bien belle carrière, et d'un autre côté, comment ne pas tenir compte de la possibilité d'une suggestion hypnotique en présence des faits que nous avons cités, et

(1) Motet. Somnambulisme naturel et provoqué. Prévention d'outrage public., etc. Ann. d'hygiène publique, p. 214.

de ceux bien plus nombreux et plus frappants, réunis par Liégeois (1) dans son travail.

Il faut donc bien reconnaître que des cas peuvent se présenter où la notion du sommeil nerveux hypnotique embarrassera singulièrement les magistrats et rendra leur verdict particulièrement difficile. Comment, sur quelles bases fonder une décision dans des faits de ce genre? Ici, on est fatalement ramené à cette question tant de fois discutée et jamais résolue de la responsabilité chez les épileptiques, les alcooliques et en général chez tous ceux qui n'ont pas la parfaite intégrité de leurs facultés cérébrales.

On ne saurait poser de règles absolues et chaque cas particulier doit avoir sa jurisprudence spéciale. C'est affaire aux médecins légistes d'apprécier les faits et de peser les conséquences.

Mais une leçon se dégage de l'étude impartiale du somnambulisme provoqué : c'est que, si les individus qui useraient de ce moyen trop commode pour provoquer au crime méritent toute la sévérité de la loi, si même il serait utile d'édicter des peines spéciales contre tous ceux qui emploieraient l'hypnotisme dans un but non scientifique, en revanche, la société doit se montrer très indulgente pour les crimes, pour les délits commis dans l'état hypnotique, dans cet état qui a pour premier effet de supprimer la volonté et le libre arbitre.

Il faut cependant tout prévoir. L'état hypnotique, l'état somnambulique pour mieux dire, peut être invoqué faussement dans le but d'égarer l'esprit des juges et de désarmer leur sévérité. Ceci nous amène à dire quelques mots de l'hypnose simulée et des moyens de la reconnaître.

Il est encore des hommes de bonne foi (et nous en connaissons) aux yeux desquels les phénomènes hypnotiques

(1) Liégeois. De la suggestion hypnotique au point de vue du droit civil et du droit criminel, Paris, 1884.

n'existent pas et qui ne voient en tout cela que supercherie d'une part, et crédulité de l'autre ; tromper ou être dupe, celui qui s'occupe d'hypnotisme n'aurait d'après eux d'autre alternative à choisir.

C'est là un scepticisme injuste qui ne saurait résister à l'étude impartiale des faits. Nous avons raconté plus haut comment Braid, un sceptique lui aussi, fut amené par l'évidence à dépouiller son incrédulité et comment de ses recherches impartiales est sortie la véritable théorie de l'hypnotisme. Les chercheurs animés de la même bonne foi seront tout aussi vite et aussi sûrement convaincus.

Mais si les phénomènes de l'hypnotisme existent réellement, il n'en est pas moins vrai que la plupart d'entre eux peuvent être simulés dans un but coupable. Pour démasquer les fourbes, les moyens ne manquent pas ; on peut même dire que le médecin instruit n'aurait que l'embarras du choix. Dans toutes les phases de l'hypnose, il est des phénomènes dont la simulation est ou impossible ou facile à dévoiler.

Ainsi pour la catalepsie, sans doute un imposteur habile et vigoureux pourrait prendre et maintenir des attitudes contre nature presque aussi longtemps que le cataleptique vrai, mais il n'y réussirait pas sans un grand effort musculaire facile à déceler par la méthode de Marey : le tracé myographique présente alors, comme l'a montré Charcot, des oscillations dont le nombre et l'amplitude augmentent avec la fatigue en même temps que le pouls s'accélère et que la respiration devient tumultueuse et inégale.

Dans l'état léthargique, c'est le phénomène de l'hyperexcitabilité musculaire qui permet de confondre le simulateur ; si instruit qu'on le suppose de l'anatomie descriptive, si capable qu'il soit (et on n'y arrive que par une longue pratique) de faire contracter isolément chacun de ses muscles, il ne parviendra jamais à réaliser ces phé-

nomènes de contracture systématique si faciles à obtenir par la simple pression d'un tronc nerveux.

Enfin, dans l'état somnambulique, le seul qu'on obtienne chez certains sujets et en même temps celui que les simulateurs imitent le plus volontiers, les phénomènes oculaires fournissent un moyen de diagnostic aussi sûr que facile : l'élargissement ou le rétrécissement de la pupille selon que l'hallucination visuelle s'éloigne ou se rapproche, le dédoublement de l'image suggestive lorsqu'on interpose un prisme, l'illusion successive des couleurs complémentaires sont autant de phénomènes trop scientifiques pour être devinés et trop délicats pour être simulés avec succès, si l'examen du malade est pratiqué avec les précautions convenables.

Il est donc facile d'éviter d'être trompé en matière d'hypnotisme, mais il ne s'ensuit pas qu'on ne doive prendre incessamment toutes ses précautions contre l'erreur.

Dans les recherches hypnotiques, il faut surtout, selon la remarque de Bernheim, *se méfier de la suggestion.*

N'oublions pas en effet que le malade, si endormi qu'il paraisse être, n'en a pas moins l'oreille éveillée ; de même que son esprit accepte pour réelles toutes les illusions qu'on lui inspire, de même, lorsqu'on tente une expérience, il suffit parfois qu'on lui en laisse deviner les effets possibles pour que son imagination les accepte comme probables, puis comme nécessaires et que ses organes aussitôt les réalisent. Ce n'est pas de la simulation inconsciente, comme l'a dit un auteur anglais, c'est de l'obéissance inconsciente à une suggestion involontaire. Ainsi s'expliquent les phénomènes disparates, extraordinaires, pour ne pas dire plus, obtenus par des expérimentateurs de bonne foi qui causaient trop devant leurs sujets endormis.

CONCLUSION.

Arrivé au terme de cette longue étude nous voudrions résumer en quelques mots les enseignements qui en découlent, et insister une fois de plus sur l'idée fondamentale qui nous a guidé d'un bout à l'autre de ce travail.

Cette idée, c'est que les diverses formes du sommeil non naturel, spontané ou provoqué, ne sont en dépit de leurs contrastes que les manifestations d'un seul et même état morbide; c'est que leur étude représente un simple chapitre, et un chapitre remarquablement homogène, dans l'histoire de cette maladie protéiforme que certains, pour en exprimer le caractère constitutionnel, ont appelée la *diathèse nerveuse*.

Quelle est la nature de cette tare particulière, de cette débilité fonctionnelle des éléments nerveux, qui constitue l'état névropathique? Nous l'ignorons, mais c'est elle que nous voyons, transmise par hérédité ou développée par accident, engendrer toutes les névroses; c'est elle qui, si par un concours de circonstances elle s'est implantée dans une famille, produira chez l'enfant les convulsions, chez la jeune fille l'hystérie, chez la femme faite le goitre exophthalmique; c'est elle qui, lorsqu'on remonte dans l'histoire de plusieurs générations, se trahit chez l'une par la neurasthénie et l'hypocondrie, chez une autre par l'épilepsie, chez la dernière par la paralysie générale.

Or cette même prédisposition, commune à la plupart des maladies nerveuses, elle se retrouve, plus ou moins nettement dessinée, dans l'étiologie de toutes les formes du sommeil pathologique: qu'il s'agisse d'un simple accès de noctambulisme consécutif à une violente préoccupation morale, d'une crise cataleptiforme chez un enfant

affecté de vers intestinaux, ou qu'on ait affaire à une de ces formes compliquées de grand somnambulisme, d'extase ou de sommeil léthargique telles qu'on les observe dans l'hystérie grave, toujours est-il que la base pathogénique est constamment la même, et que, soit dans les antécédents personnels du sujet, soit dans ceux de sa famille, on découvre toujours la même tache originelle, l'état névropathique.

C'est ce même état, il faut bien le dire, qui existe plus ou moins latent chez les sujets impressionnables aux manœuvres de l'hypnotisme; c'est à lui que Mesmer et Puységur s'adressaient sans le savoir, et à lui qu'ils devaient leurs prétendus miracles; c'est lui encore que Braid et ses successeurs savent mettre en relief par des procédés plus scientifiques, à l'aide desquels ils développent chez des sujets sains en apparence tous les symptômes des névroses les plus extraordinaires.

Qu'il s'agisse de sommeil morbide spontané ou d'hypnotisme, les symptômes diffèrent aussi peu que les causes et nous avons retrouvé dans l'hypnose expérimentale tous les phénomènes des maladies du sommeil; c'est que, dans un cas comme dans l'autre, le processus est toujours le même: à la faveur d'une débilité fonctionnelle particulière, l'harmonie des facultés nerveuses se laisse troubler, certains centres anormalement excités réagissent sur les autres par inhibition ou par dynamogénie, et il en résulte une dissociation des fonctions cérébrales, exagération de celle qui existe normalement dans le sommeil avec rêve, dissociation dont le résultat est de paralyser certaines facultés, d'en exalter quelques autres, et de réaliser ainsi des états paradoxaux qui au premier abord confondent la raison et font crier au miracle ou à la supercherie.

Pourtant, ne nous lassons pas de le répéter, dans l'hypnotisme tel qu'il est aujourd'hui scientifiquement connu,

il n'y a ni l'un ni l'autre; tous ses phénomènes, ceux du moins qui sont avérés (et nous n'avons parlé que de ceux-là), ont leurs analogues, ou pour mieux dire leurs semblables dans la pathologie; ils ne présentent rien d'extraordinaire, rien qui ne soit d'accord avec les lois connues de la science moderne. On ne saurait trop insister là-dessus, car si l'hypnotisme est encore tenu en défiance par les médecins, si les comédies des magnétiseurs et des charlatans trouvent encore du crédit dans le public, c'est à cause de l'atmosphère mystérieuse et presque surnaturelle dont toute cette question était jusqu'à ces derniers temps enveloppée.

« Il faudrait, nous disait le professeur Charcot en parlant de l'hypnotisme, que tous ces faits fussent assez connus, leur explication physiologique assez répandue dans le public, pour bien convaincre tout le monde qu'il n'y a rien là de surnaturel, mais seulement une série de phénomènes nerveux dont l'étude incombe aux médecins et n'appartient qu'à eux seuls; alors les magnétiseurs cesseraient de faire recette. » On n'a jamais dit parole plus sage, et c'est par là que nous terminerons.

APPENDICE

Des phénomènes cérébraux produits par quelques substances narcotiques et anesthésiques et de leurs rapports avec les symptômes du sommeil naturel et non naturel.

Quelques auteurs, notamment Maury et Prosper Despine, ont pensé qu'on pouvait trouver dans les phénomènes nerveux produits par les substances narcotiques certaines ressemblances avec ceux qui se manifestent dans le somnambulisme et les autres formes du sommeil non naturel. Ils ont essayé d'établir un parallèle entre ces divers états et d'en tirer quelques inductions relativement à la physiologie pathologique du sommeil morbide.

Malgré l'étendue peut-être exagérée qu'a déjà prise notre travail, nous croyons utile d'examiner brièvement cette question à notre tour. Nous allons voir qu'elle est presque aussi entourée de difficultés que celles dont nous avons poursuivi la solution dans les pages qui précèdent.

Les substances dites narcotiques sont très nombreuses. Parmi elles, les unes, que l'on qualifie volontiers de somnifères, permettent de procurer un sommeil réparateur très analogue au sommeil normal. D'autres, auxquelles l'usage a conservé le nom assez vague d'agents stupéfiants, déterminent avec des désordres intellectuels variés un assoupissement plus ou moins rapide des fonctions de relation. D'autres enfin ont pour effet prédominant l'abolition de la sensibilité à la douleur : ce sont les anesthésiques proprement dits.

Mais cette classification est arbitraire et les effets des divers agents narcotiques sont en réalité extrêmement complexes; non seulement ils diffèrent pour chaque sub-

stance en particulier, mais ils peuvent varier du tout au tout selon la dose et le mode d'administration, selon l'âge et le tempérament du sujet en expérience, selon son état de santé ou de maladie.

L'expérimentation sur les animaux, souvent appliquée à l'étude des phénomènes produits par les narcotiques, nous éclaire peu sur leur nature et sur leur enchaînement, car, d'une part, les symptômes subjectifs, si importants comme nous l'avons vu quand il s'agit du sommeil et des états analogues, lui échappent absolument, et d'autre part, entre les modifications observées, elle est souvent hors d'état de déterminer lesquelles sont causes et lesquelles sont effets.

Ainsi, après maintes recherches, on en est encore à se demander si, dans l'anesthésie chloroformique, les changements observés dans l'état de la circulation encéphalique commandent les symptômes cérébraux ou sont commandés par eux (F. Franck. Leçons inédites).

La connaissance théorique du sommeil médicamenteux est donc très peu avancée à l'heure qu'il est, et les tentatives renouvelées à diverses reprises n'ont pas réussi à dissiper l'obscurité qui règne sur une foule de points relatifs au mode d'action des substances narcotiques.

Mais ce n'est pas à un point de vue si général que nous devons nous placer : une étude méthodique des médicaments somnifères, outre qu'elle n'est pas de notre compétence, serait ici absolument hors de propos. Il faut nous borner à examiner si quelques-unes de ces substances, administrées à l'homme, déterminent sur le système nerveux des effets réellement comparables aux symptômes du sommeil pathologique, tels que nous les avons fait connaître dans le cours de notre thèse.

Opium. — Prenons d'abord le plus connu des narcotiques, l'opium.

Administré à dose thérapeutique il produit d'abord, dit Gubler (1), une stimulation générale, puis de l'engourdissement des sens et de la paresse musculaire ; enfin un sommeil difficile à distinguer du sommeil normal. Chez le malade ainsi endormi, le visage est coloré ; il y a diminution de la tension artérielle et accélération du pouls ; la respiration est ralentie à des degrés variables selon la dose d'opium ingérée ; les sécrétions et notamment la sécrétion urinaire sont le plus souvent diminuées.

La sensibilité générale est engourdie. mais non pas supprimée ; il y a même, selon Claude Bernard, un certain degré d'exagération de l'excitabilité cutanée ; les sens sont peu accessibles aux impressions extérieures. L'activité musculaire est suspendue, mais on constate une certaine augmentation des réflexes. La pupille est contractée. Les fonctions cérébrales sont assoupies ; il se produit à la vérité des rêves fréquents, mais qui n'ont aucun caractère particulier ; enfin, lorsque la dose n'a pas dépassé la moyenne thérapeutique, le réveil est calme et accompagné d'un sentiment d'apaisement moral très manifeste. Ce sont là, comme on le voit, des phénomènes tout à fait semblables à ceux du sommeil ordinaire (Gubler).

Supposons maintenant l'opium ingéré à doses réitérées ou excessives et surtout introduit dans le courant sanguin sous forme de vapeurs comme cela a lieu chez les fumeurs d'opium : le tableau n'est plus le même. Il y a d'abord, selon Little (2), de la langueur, de la faiblesse musculaire, un besoin impérieux de repos, mais le sommeil tarde à venir, le pouls diminue de fréquence et devient un peu irrégulier ; la respiration tend à devenir haletante et bientôt se manifeste un certain degré d'excitation cérébrale (Little) ; la tête se congestionne légère-

(1) Gubler. Leçons de thérapeutique, 1877.

(2) Little. On the habitual use of opium, in Singapoore. British and foreign medico-chirurg. Review, 1859.

ment, les faeultés intellectuelles s'exaltent et bientôt, l'imagination et la mémoire entrant simultanément en aetion, des hallucinations apparaissent, souvent merveilleuses de couleur et de variété et qui font vivre le fumeur d'opium d'une vie idéale dans laquelle il n'y a plus ni chagrins, ni douleurs ; en même temps, chose remarquable, le jugement et la raison sont parfaitement sains, l'esprit est calme et assiste en témoin aux visions qui le hantent. Un lourd sommeil suit cet état de rêve pendant lequel le fumeur n'était ni éveillé ni endormi ; à son réveil, il éprouve une langueur, une incapaeité complète pour tous les mouvements et tous les exereiees, ainsi que le dégoût des aliments.

Chloral. — Les effets du ehloral diffèrent de eeux de l'opium. Mais, ici eneore, il y a de grandes variétés selon les doses et l'idiosyncrasie.

Dans quelques eas, le sommeil arrive si soudainement que le malade est surpris pendant qu'il est debout ; d'autres fois, il survient graduellement et peut être préeédé d'une légère ivresse offrant le caraetère gai et folâtre (Mauriae, Gubler) ; puis surviennent des bâillements, du clignotement des paupières, et, tout à eoup, le patient est endormi. On observe alors tout l'ensemble des phénomènes qui aeeompagnent le sommeil normal, avee eette différence que la sensibilité n'est pas aussi complètement abolie ; les attouehements produisent des mouvements réflexes peut-être plus énergiques que dans l'état de veille (Gubler) ; le pouls et la respiration sont ralentis, les vaisseaux périphériques sont dilatés (Arloing) ; les pupilles sont rétrécies, les globes oeulaires convulsés en dedans ; les museles sont relâchés, mais leur exeitabilité réflexe paraît plus intense qu'à l'état de veille (Gubler).

Si la dose de chloral ingérée a été plus forte (6 à 12 grammes), le sommeil se transforme en stupeur eoma-

teuse ; le visage devient pâle, livide même, les pupilles se dilatent ; l'anesthésie cutanée devient complète et envahit la cornée elle-même.

Haschich. — Sous l'influence de l'extrait du chanvre indien, il se produit des phénomènes tout autres : c'est d'abord, selon Moreau (1), une sensation de bien-être qui rend l'individu indifférent à tout ce qui l'entoure ; il est comme transporté dans un monde idéal ; les notions d'espace et de temps s'effacent de son esprit. Bientôt surviennent des hallucinations, surtout des hallucinations de la vue, en rapport, soit avec les idées habituelles du sujet, soit avec les pensées qui l'occupaient au moment du début de l'intoxication.

Les sens, notamment celui de l'ouïe, sont surexcités ; les souvenirs anciens renaissent avec une vivacité incroyable ; enfin il y a parfois des impulsions irrésistibles. La volonté est abolie et le sujet a perdu tout contrôle sur ses pensées. Mais un certain degré de conscience subsiste : il se rend compte des impressions qu'il subit, bien qu'il ne puisse s'en rendre maître (Moreau).

Parfois, bien que rarement, l'action du haschich paraît être plus profonde et réagit sur la sensibilité et le mouvement. Croudace (2) a fait connaître l'observation d'un jeune Indien fumeur de haschich, qui, après avoir abusé de sa drogue favorite, tomba presque immédiatement dans un état d'insensibilité complète avec immobilité cataleptoïde des membres, qui conservaient toutes les attitudes qu'on leur faisait prendre ; la sensibilité cutanée était complètement abolie et la conscience absente ; cet état dura trois jours et ne disparut que graduellement ; les

(1) Moreau (de Tours). Du haschich et de l'aliénation mentale. Paris, 1845.

(2) Croudace. Case of catalepsy from an over dose of indian hemp. Med. Times, 5 février 1859.

muscles retombèrent d'abord dans la résolution, puis la sensibilité revint peu à peu et enfin le malade retrouva sa connaissance; mais il avait perdu tout souvenir de ce qui s'était passé pendant l'accès. L'observation, muette sur les antécédents du malade, perd par cela même beaucoup de sa valeur.

Éther et chloroforme. — On peut les confondre en une même description, car leurs effets généraux sont à peu près les mêmes (Maurice Perrin). Ils ne diffèrent entre eux que par leur degré d'énergie, l'action de l'éther étant plus lente à se produire et plus prompte à se dissiper.

Ici, les effets sont plus complexes encore et dans l'action des anesthésiques on peut distinguer plusieurs phases.

A un premier degré, la respiration est accélérée, tumultueuse, le pouls fréquent et contracté, la sensibilité générale et l'activité musculaire sont exagérées; en même temps l'intelligence subit une excitation comparable à celle de l'ivresse; le malade se livre à des divagations qui montrent que si l'imagination est exaltée, la raison et le jugement sont abolis dès le début.

Mais bientôt la scène change; la sensibilité générale s'engourdit, les muscles, d'abord affectés de contractions désordonnées et convulsives, se calment peu à peu, la torpeur succède à l'excitation, et c'est alors qu'on observe parfois des dissociations fonctionnelles variées qui peuvent rappeler jusqu'à un certain point celles du rêve et même du somnambulisme. Souvent le malade, dont l'imagination est surexcitée par l'idée de l'opération qu'il va subir, fait des rêves en rapport avec ses craintes et pousse des cris causés, non par le bistouri qu'il ne sent point, mais par les hallucinations pénibles auxquelles il est en proie. Fait à noter, les sens ne sont point fermés et quelquefois le malade se laisse distraire de son rêve par l'interpellation du chirurgien ou par les paroles qui

s'échangent autour de lui. Il parle et répond, converse même parfois avec l'opérateur avec une indifférence qui révèle l'abolition complète de la sensibilité et qui ressemble beaucoup à celle du sujet en somnambulisme.

Si l'action de l'agent anesthésique est prolongée davantage, l'activité cérébrale s'éteint complètement, la respiration devient stertoreuse et irrégulière, le pouls s'affaiblit, la pression artérielle diminue, la température du corps s'abaisse et le malade tombe dans un véritable état léthargique.

On le voit par ces quelques exemples, sous l'influence des substances narcotiques et anesthésiques, il peut se produire des symptômes rappelant plus ou moins, les uns, ceux du sommeil naturel avec ou sans rêves, les autres, ceux des diverses formes du sommeil pathologique.

L'opium, à dose modérée, fait simplement dormir. Le même agent, à dose plus forte, produit des rêves et des hallucinations sans perte de la conscience. Le haschich détermine un état qui n'est pas sans analogie avec l'extase; il semble pouvoir quelquefois produire des effets analogues à la catalepsie. Le chloroforme, l'éther surtout, provoquent tantôt des rêves conscients, tantôt du somnambulisme ou peu s'en faut, et en dernier lieu, un état très analogue au sommeil léthargique.

Ces rapprochements ont frappé tous les auteurs, mais ils sont loin d'aller jusqu'à la similitude absolue et il serait facile de montrer par l'analyse que pas un des médicaments narcotiques ne reproduit exactement une seule des formes spontanées ou provoquées du sommeil morbide.

Comment s'en étonner du reste? Il n'y a rien de commun entre le mode d'action des substances en question et celui des diverses causes qui produisent soit le somnambulisme, soit la catalepsie ou les autres états que nous

avons étudiés. Si P. Despine (1) a pu citer un cas de somnambulisme vrai produit par l'inhalation d'une seule bouffée de chloroforme, c'est que chez cette malade, névropathe au premier chef, une très légère excitation sensorielle suffisait à déterminer l'hypnose : le chloroforme avait agi, non par ses propriétés spéciales, mais par son odeur, et avait déterminé un accès de somnambulisme comme il détermine chez certaines hystériques un accès convulsif. Mais d'ordinaire les effets des anesthésiques, et des agents narcotiques en général, sont proportionnés à la quantité introduite dans le système circulatoire. Ils agissent, en un mot, comme des substances toxiques, et très probablement par une modification d'ordre chimique qu'ils exercent sur la cellule nerveuse de l'encéphale. Est-ce en déterminant une coagulation incomplète du protoplasma cellulaire, comme le croyait Cl. Bernard pour le chloroforme et comme Binz (2) a cherché récemment à le démontrer pour l'opium? Cela est possible, et dans tous les cas assez en rapport avec la théorie moderne du sommeil naturel par action toxique des déchets de la nutrition (Bouchard). En admettant même avec Brown-Séquard (3) que les phénomènes d'inhibition entrent pour quelque chose dans certains effets des agents narcotiques et anesthésiques, ces phénomènes ne peuvent être que secondaires et contingents, tandis qu'ils sont primitifs et essentiels dans toutes les formes du sommeil non naturel. Alors que dans le premier cas il s'agit surtout de modifications chimiques, dans le second on a affaire à des modifications dynamiques.

(1) Despine. Etude sur le somnambulisme, p. 83. Paris, 1880.

(2) Binz. Zur Wirkungsweise schlafmachender Stoffe. Arch. für experim. Pathologie, t. VI, p. 310, 1877,

(3) Brown-Séquard. Communications diverses sur l'inhibition et la dynamogénie. Bull. de la Soc. de biologie, 1883 et suiv.

Entre des phénomènes de nature aussi diverse, il n'y a que des analogies apparentes ; c'est pourquoi il nous semble que la comparaison entre les symptômes du sommeil médicamenteux et ceux du sommeil nerveux, si elle peut être remplie d'intérêt pour le psychologue, est d'une faible utilité pour le médecin. Nous n'y insisterons pas davantage.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. — Maladies du sommeil.

DIONIS. — Dissertation sur la mort subite et la catalepsie. Paris, 1709.

POCHON. — Observation de somnambulisme naturel. Arch. de méd., 1re série, t. XIV, 1827.

FORGET et LAURAND. — Obs. de somnambulisme naturel. Arch. gén. de méd., 1re série, t. XVIII, 1828.

SACHS. — Effets du contact avec les barres métalliques dans la catalepsie. Archiv für mediz. Erfahr. 2 Heft, p. 249. 1829.

CLARET (de Vannes). — Observation de somnambulisme naturel. Arch. gén. de méd., 1re série, t. XXV, p. 269, 1831.

MOULINIÉ. — Mutilation de l'avant-bras et de la main sans douleur, chez une somnambule. Bull. méd. de Bordeaux, t. I, p. 13, 1833.

MAZZACARATI. — De la catalepsie. Comptes-rend. de l'Acad. des sciences, séance du 24 nov. 1834.

BOURDIN. — Traité de la catalepsie, in-8. Paris, 1841.

DASSIT. — Observ. d'hystérie cataleptique. Bull. gén. de thérapeutique, août 1841.

FREULER. — De catalepsia. Diss. inaugurale. Zurich, 1841.

FRICKER. — Ein Fall von Schlafsucht. Mediz. Corr. Bl. des Würtemb. ärztl. Vereins, Bd IX, 1841.

THUMEN. — Ein Fall von Schlafsucht. Canstatt's Jahresbericht, 1841.

WATSON. — Lectures on catalepsy. London med. Gaz., 1841.

CLARK. — Observations on the pathology of lethargy. Edinb. monthly Journ., 1842.

DUVARD. — Ein Fall von Somnambulismus. OEsterr. Wochensch., 1842.

HUBERTZ. — Achtjährige periodische Flatuitas mit kataleptischen Anfällen geheilt durch den Abgang eines einzigen Wurmes. Canstatt's Jahresbericht, 1843.

SONDEN. — Mémoire sur l'extase religieuse épidémique qui régnait en Suède en 1841 et 1842. Gaz. méd. de Paris, 1843.

Brooke. — Sleep-walking or second consciousness. Med. Times, 1844.
Favrot. — De la catalepsie. Thèse de Paris, n° 10, 1844.
Munzenthaler. — Fall eines spontanen Somnambulismus. Bayr. med. Corr. Bl., 1844.
Prina. — Un cas d'extase cataleptique. Gaz. med. di Milano, 1844.
Bellingham. — Case of catalepsy with observations. Dublin med. Press, 1846.
Maury. — Des hallucinations hypnagogiques. Ann. médico-psychologiques, janvier 1848.
Eichmann. — Katalepsie. Preuss. Vereinszeitung, n° 21, 1849.
Milner (Ebenezer). — On catalepsy or trance. Edinb. med. Journal, 1850.
Stark. — Case of catalepsy. Edinb. med. Journal, 1850.
Downing. — Catalepsy in relation to other disorders of the nervous system. The Lancet, mai 1851.
Girbal. — Observation de mort apparente. Gaz. des hôpitaux, n° 36, 1851.
Lélut. — Du sommeil, des songes et du somnambulisme, Ann. médico-psycholog., 2e série, t. IV, 1852.
Veitstanz. — Somnambulismus, Predigsucht. Eine Schulepidemie. Nach amtlichen Quellen. Mitth. des badischen ärztl. Vereins, 1853.
Coldstream. — A case of catalepsia. Edinb. med. Journal. April 1854.
Lélut. — Du sommeil envisagé au point de vue psychologique. Rapport à l'Acad. des sc. morales. Ann. médico-psycholog., 2e s., t. I, 1855.
Lemoine. — Du sommeil au point de vue physiologique et psychologique. Paris, 1855.
Ringland. — A case of catalepsia. Dublin quatrerly Journal, August 1855.
Puel. — De la catalepsie. Mémoires de l'Acad. de médecine de Paris. t, XX, p. 409, 1856.
Schræmli. — Ein Fall von Katalepsie. Schweizer Zeitung, 1856.
Buchanan. — A case of catalepsy. Glasgow med. Journal, juillet 1857.
Camps. — A case of irregular intermittent tetanus-catalepsy. Brit. med. Journal, 24 janv. 1857.
Falret. — De la catalepsie. Arch. gén. de médecine, 5e série, t. X, p. 206, 1857.
Macario. — Du sommeil, des rêves et du somnambulisme dans l'état de santé et de maladie. Lyon, 1857.
Thomas Croudace. — Case of catalepsy from an over dose of Indian Hemp. Med. Times, 5 février 1859.
Mesnet. — Etudes sur le somnambulisme au point de vue pathologique. Arch. gén. de méd., février 1860.

Bourgarel. — Observations de somnambulisme. Union médicale, n° 6, 1861.
Dangaix. — Sur l'hypnosie ou maladie du sommeil. Moniteur des sc. méd. et pharmac., 24 août 1861.
Durham. — Etudes physiologiques sur le sommeil. Guy's Hospital Reports, 3e série, t VI, 1861.
Nicolas. — De la maladie du sommeil. Gazette hebdomadaire, n° 42, 1861.
Boudin. — De la maladie du sommeil. Annales d'hyg. publique, t. XVII, 1862.
Legrand du Saulle. — Somnambulisme naturel. Discussion médico-légale sur le crime et le suicide accomplis pendant le sommeil somnambulique. Ann. d'hyg. et de méd. légale, juil. 1862.
Marrotte. — Un cas de maladie du sommeil. Union médicale, 1862.
Skoda. — Ein Fall von Catalepsie. Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte de Vienne, 1862.
Th. Jones. — Report on a case of catalepsia. Brit. med. Journal, 6 juin 1863.
Mayer. — Affection vermineuse à forme cataleptique. Ann. de la Soc. médicale d'Anvers, mai 1863.
Ward Cousins. — Note sur un cas singulier de sommeil profond et prolongé. Medical Times and Gazette, 18 avril 1863 et 29 juin 1865.
Boudin. — De la maladie du sommeil. Mém. de méd. et de chir. militaires, mai 1864.
Gaigneron. — De la maladie du sommeil des nègres. Recueil de mém. de méd. militaire, t. XI, 1864.
Griffon du Bellay. — Sur la maladie du sommeil. Arch. de méd. navale, t. I, p. 73, 1864.
Chassaniol. — Contribution à la pathologie de la race nègre. Arch. de méd. navale, t. III, 1865.
Fraser. — A complicated case of catalepsy and chorea. Medical Times and Gazette, 1865.
Maury (Alfred). — Du sommeil et des rêves, 3e éd., in-18. Paris, 1865.
Maury. — La Magie et l'Astrologie dans l'antiquité et au moyen âge. Paris, 3e édit., 1865.
Moreau (de Tours). — De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie. Union médicale, 1865.
Smoler. — Katalepsie. Memorabilien, n° 7, 1866.
Marcé. — Article Catalepsie du nouveau Dict. de médecine et de chirurgie pratiques, t. VI, 1867.
Moore. — On going to Sleep, 1868.
Haase. — Fall eines 54 Tage lang andauernden cataleptischen Zustandes. Archiv der Heilkunde, Heft V, p. 492, 1868.

SANTELLI. — Observation d'un cas de maladie du sommeil. Arch. de méd. navale, t. IX, 1868.
STILLER. — Ein Fall von Catalepsie. Wiener med. Wochenschr., nos 103 et 104, 1868.
BENEDIKT. — Ueber Catalepsie. Wiener med. Presse, nos 16-17, 1869.
GUÉRIN. — De la maladie du sommeil. Thèse de Paris, 1869.
JONES. — Remarkable case of cerebro-spinal disease attended with convulsions, recurring at short intervals, and with protracted somnolence. New-York med. Record, May 1869.
LEGRAND DU SAULLE. — Un cas de névrose extraordinaire. Gaz. des hôpitaux, 1869.
PARROT. — Article Léthargie, du Dict. des sc. médicales, 2e sér., t. II, 1869.
PAU DE SAINT-MARTIN. — Etude clinique d'un cas de catalepsie compliquée, traité par l'hypnotisme. Thèse de Strasbourg, 1869.
CARPENTER. — The Sleep, in Cyclopœdia of anatomy and physiology by Todd.
LEFEBVRE. — Louise Lateau. Sa vie, ses extases, ses stigmates. Louvain, 1870.
HOLM. — Om katalepsi-Jagttagelser fra detnörrejdsken Sindssygeasyl. Nord med. Arkiv. Bd III, no 14-19, 1871.
JAMIESON. — On a case of trance. Edinb. med. Journal, july, p. 29, 1871.
MARDUEL. — Note sur un cas de maladie du sommeil. Lyon médical, no 22. 1872.
TUKE (HAKC). — Influence of the mind upon the body. London, 1872.
GLAX. — Ein Fall von Flexibilitas cerea. Sitzungsbericht des Vereins der Aerzte von Steiermark, 1873.
LINAS. — Article Catalepsie du Dict. encycl. des sciences médicales, 1re série, t. XIII, 1873.
OGLE. — Sleeping sickness. Medical Times and Gaz., July 19 1873.
MESNET. — De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique, in-8 de 30 pages. Paris, 1874.
BERDINEL. — Hystérie et catalepsie. La cataleptique de l'hôpital Cochin. Arch. gén. de méd., 6e sér., t. XXVI, p. 385, 1875.
CAPOZZI. — Storia clinica di una catalessia. Il Morgagni, Marzo 1875.
CARPENTER. — L'Automatisme humain. Revue scientifique, 1875.
CHAPPLE. — Case of catalepsy followed by epilepsy in a military officer. The Lancet, 9 janv. 1875.

CORRE. — The sleeping sickness of Western Africa. Brit. med. Journal, 1875.

HUGHLINGS JACKSON. — On temporary mental disorders after epileptie paroxysms. West Riding Reports, 1875.

MAURIAC et VERDALLE. — Etude médicale sur l'extatique de Fontet, in-8, 1875.

AZAM. — Amnésie périodique ou dédoublement de la vie. Annales médico-psychologiques, 5e série, t. XVI, p. 1, 1876.

KINGSTON. — A case of catalepsy. The Lancet, 19 août 1876.

AZAM. — Du dédoublement de la personnalité. (Relation d'un nouveau fait.) Revue scientifique, 1877.

BINET. — Des hémorrhagies dans l'hystéro-catalepsie. Annales médico-psychologiques, 5e s., t. XVIII, 1877.

BINZ. — Zur Wirkungsweise schlafmachender Stoffe. Arch. für experim. Pathol. und Pharmacol., VI, p. 310, 1877.

CORRE. — Contribution à l'étude de la maladie du sommeil. O progresso medico de Rio-Janeiro, 1877.

LIÉGEY. — Nouveau cas d'hystérie somnambulique revêtant la forme extatique et d'autres formes. Journ. de Bruxelles, 1877-1879.

MONOD (Eugène). — Hystérie et catalepsie (suite de l'observ. de la cataleptique de l'hôpital Cochin). Arch. gén. de méd., 6e sér., t. XXIX, p. 263, 1877.

O'REILL. — Case of catalepsy. The Lancet, 23 janvier 1877.

PREYER. — Die Ursache des Schlafes. Stuttgart, 1877.

WILLEMIN. — Théorie du sommeil. Bull. de l'Acad. de méd. de Paris, 10 avril 1877.

BERTHIER. — Névrose complexe et exceptionnelle. Vie en partie double. Ann. médico-psychologiques, 1878.

BOURDIN. — L'extatique de Fontet. Ann. médico-psychologiques, 5e série, t. XIX, 1878.

LAGARDELLE. — Catalepsie consécutive à une manie aiguë. Ann. méd. psychol., t. XIX, 1878.

SWETLIN. — Ein Beitrag zur Lehre von der Catalepsie. Archiv für Psychiatrie, Band VIII, 1878.

YELLOWLEES. — Homicide by a somnambulist. Journ. of mental science, 1878.

BRISTOWE. — Catalepsie hystérique, manie, double conscience. British med. Journal, t. I, p. 184, 1879.

CHAMBARD. — Sur un cas d'hystérie avec somnambulisme. Rev. mens. de médecine, 1879.

BONIZZARDI. — Un caso di sonnambulismo e di catalessia curato col filo di rame. Brescia, 1879.

RICHER (Paul). — Etude descriptive de la grande attaque hystérique. Th. de Paris, 1879.

CROTHERS. — Cerebral trance or loss of consciousness and memory

in inebriety. The Quarterly Journal of inebriety, t. IV, nº 1, janvier 1880.

Despine (P.). — Etude scientifique sur le somnambulisme. Paris, 1880.

Gélineau. — De la narcolepsie. Gaz. des hôpitaux, nºs 79-80. 1880.

Nicolas. — Sur les analogies et les différences qui existent entre la maladie du sommeil et le nelavan. Comptes rend. de l'Acad. des sc., t. XC, nº 19, 1880.

Porter. — Narcolepsy. New-York med. Record, nº 27, 1880.

Sidney Coupland. — Spontaneous hypnotism. Journal of mental science, 1880.

Ball. — Leçons sur les maladies mentales, 1881.

Ball et Chambard. — Article Somnambulisme, in Dict. encycl. des sc. méd., 3e série, t. X, 1881.

Chambard. — Du somnambulisme en général. Thèse de Paris, 1881.

Féré. — Note sur quelques phénomènes observés du côté de l'œil chez les hystéro-épileptiques, soit en dehors de l'attaque, soit pendant l'attaque. Bull. de la Soc. de biologie, 1881.

Heerwagen. — Ueber hysterischen Hypnotismus. Dorpat, 1881.

Lasègue. — Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve. Arch. gén. de médecine, 1881.

Madden. — On lethargy or trance. Dublin Journ. of med. sc. April 1881.

Ribot. — Maladies de la mémoire. Paris, 1881.

Richter. — Ein Mittel Catalepsie zu erzeugen. Centralblatt, nº 13, 1881.

Steinen. — Ueber den natürlichen Somnambulismus, in-8. Heidelberg, 1881.

Bachelder. — Note sur la maladie du sommeil chez les Africains. Congrès de neurologie américain, 1882.

Ballet. — Contribution à l'étude du sommeil pathologique. Rev. de médecine, 1882.

Drosdow. — Morbus hypnoticus (hypnotisme spontané autonome). Arch. für Psychiatr. und Nervenkrank., t. XIII, p. 1, 1882.

Richer. — Traité clinique de l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie. Paris, 1882, 2e édit., 1885.

Franzolini. — Del sonnambulismo, in-8. Udine, 1882.

Ord. — Case of hysterical catalepsy. British med. Journal, t. I, p. 422, 1882.

Thompson. — A case of catalepsy. British med. Journal, 1882.

Zierl. — Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen. Friedreich's Bl. für gerichtl. Med., p. 345, 1882.

Brown-Séquard. — Sur l'apparition, après la mort, d'un état ca-

taleptiforme dû à certaines lésions du centre cérébro-spinal chez les oiseaux, Soc. de biolog., p. 206, 1883.
DESTRÉE. — Catalepsie compliquée d'hystérie. Progrès médical belge, n° 25, 1883.
GAIRDNER. — Case of lethargic stupor or « trance » extending continuously over more than twenty-three weeks, during which life was preserved mainly by feeding with the stomach-tube. Lancet, 22 décembre 1883.
G. HAHN. — Les phénomènes hystériques et les révélations de Sainte-Thérèse, in 8 de 184 pages. Bruxelles, 1883.
SAHLMEN. — Recidiv von Lethargus und Catalepsie. Berl. klin. Wochenschr. n° 9, 1883.
BROWN. — Some comments on lethargic stupor or trance. The Lancet, 12 avril 1884.
DANA. — On morbid drowsiness and somnolence. Journal of nervous and mental disease. Janvier 1884.
HUGHLINGS JACKSON. — Lethargic stupor or trance. The Lancet, 29 mars 1884.
MORTON. — A case of morbid somnolence. Journal of nervous and mental disease. Octobre 1884.
GREENE. — A case of catalepsy. The Lancet, 6 juin 1885.
Enciclopedia HABANA. — A case of prolonged catalepsy in a soldier. Analysé dans The Lancet, 22 août 1885.
J. VOISIN. — Hystérie chez l'homme; dédoublement de la personnalité. Arch. de neurologie, t. X, 1885.

II. — Hypnotisme.

N. B. — La bibliographie du soi-disant *magnétisme animal* se trouve dans DUREAU. — Notes bibliographiques pour servir à l'histoire du magnétisme animal. Paris, chez Lechevallier, 1869.

KIRCHER (père Athanase). — Ars magna lucis et umbræ. Rome, 1646.
PETETIN. — Mémoire sur la découverte des phénomènes que présentent la catalepsie et le somnambulisme. Lyon, 1787.
J. CLOQUET. — Ablation d'un cancer du sein pendant le sommeil magnétique, Arch. gén. de méd., 1re sér., t. XX, p. 131, 1829.
BRAID. — Neurypnology or the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism. London, 1843. — (Traduction française en 1883 sous le titre suivant : « Neurypnologie, traité du sommeil nerveux ou hypnotisme », par J. Simon).
BRAID. — The power of the mind over the body. London, 1846
ELLIOTSON. — The Zoist, 1846.

Braid. — Observation of trance or human hibernation and electro-biology. London, 1852.

Braid. — The physiology of fascination and the critics criticized. Manchester, 1855.

Broca. — Note sur une nouvelle méthode anesthésique. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. XLIX, p. 902, 1859.

Sandras. — De l'hypnotisme et de ses dangers. Bull. de l'Acad. de méd., 1859-1860.

Azam. — De l'hypnotisme. Ann. médico-psychologiques, 3e sér., t. VI, 1860.

Demarquay et Giraud-Teulon. — Recherches expérimentales sur l'hypnotisme, in-8. Paris, 1860.

Gigot-Suard. — Les mystères du magnétisme animal et la magie dévoilée. Paris, 1860.

Philips. — Cours théorique et pratique de braidisme ou hypnotisme nerveux. Paris, 1860.

Lasègue. — Des catalepsies partielles et passagères. Arch. gén. de méd., 6e série, t. VI, p. 384, 1865.

Poincarré. — Etude sur le magnétisme animal. Nancy, 1865.

Levasseur. — De la catalepsie au point de vue de la mort apparente. Rouen, 1866.

Liébeault. — Du sommeil et des états analogues considérés au point de vue de l'action du moral sur le physique. Paris, 1866.

Baillif. — Du sommeil magnétique dans l'hystérie. Thèse Strasbourg, 1868.

Czermak. — Beobachtungen und Versuche über hypnotische Zustände bei Thieren. Pflüger's Archiv, Bd VII, p. 107, 873.

Dechambre. — Article Mesmérisme, du Dict. encycl. des sciences médicales, 2e série, t. VII, 1873.

Preyer. — Ueber eine Wirkung der Angst bei Thieren. Centralbl. f. d. med. Wiss., no 12, 1873.

Duval (Mathias). — Article Hypnotisme. Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., t. XVIII, 1874.

Ch. Richet. — Du somnambulisme provoqué. Journal de l'anatomie, 1875.

Carpenter. — Mesmerism and Spiritualism. Revue philosophique, 1877.

Heubel. — Uber die Abhängigkeit des wachen Gehirnzustandes von äusseren Erregungen. Archiv für die gesammte Physiologie, t. XIV, p. 158-210, 1877.

Charcot. — Leçons sur la catalepsie et le somnambulisme provoqués (recueillies par P. Richer). Progrès médical, 1878.

Preyer. — Die Kataplexie und der thierische Hypnotismus. Sammlung physiologischer Abhandlungen, 2e Reihe, 1er Heft. Iena, 1878.

Richer. — Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués. Progrès médical, 1878.

Landouzy. — Relation d'un cas de léthargie provoquée par l'application d'un aimant. Progrès médical, 1879.

Adamkiewicz. — Ueber Hypnotismus beim Menschen. Berl. klin. Wochenschr., 1880.

Ballet. — Nouveau fait à l'appui de la localisation de Broca. Démonstrat. expérimentale de la localis. de la faculté du langage dans l'hémisph. gauche du cerveau. Progr. médical, n° 37, 1880.

Benedikt. — Ueber Katalepsie und Mesmerismus. Wiener Klinik, 1880.

Berger. — Hypnotische Zustände unde ihre Genese. Breslauer ärztliche Zeitschrift, 10-11-12, 1880.

Barnes. — Thierischer Magnetismus und Hypnotismus. Deutsche med. Wochenschr., 1880.

Brissaud et Ch. Richet. — Faits pour servir à l'histoire des contractures. Progrès médical, 1880.

Brock. — Ueber stoffliche Veränderungen bei der Hypnose. Deutsche med. Wochenschr., 1880.

Eulenburg. — Ueber Galvano-hypnotismus, hysterische Lethargie und Katalepsie. Wiener klinik, 1880.

Friedberg. — Ueber den Hypnotismus vom gericht-ärztlichen Standpunkt. Deutsche med. Wochenschr., 1880.

Grutzner. — Ueber die neueren Erfahrungen auf dem Gebiete des sogenannten thierischen Magnetismus. Centralbl. für Nervenkrankh. und Psychiatrie, 1880.

Gschleiden. — Die Erscheinungen des sogenannten thierischen Magnetismus. Augsb. allgem. Zeit., 1880.

Heidenhain. — Der sogenannte thierische Magnetismus. Leipzig, 1880.

Heidenhain. — Zur kritik hypnotischer Untersuchungen. Breslauer ärztl. Zeitschrift, 1880.

Heidenhain et Grutzner. — Halbseitiger Hypnotismus (Hypnotische Aphasie). Bresl. ärztl. Zeitschr., 1880.

Meyersohn. — Zur Geschichte des thierischen Magnetismus. Deutsche med. Wochenschr., 1880.

Richer. — Des zones hystérogènes. Progrès médical, n° 51, 1880.

Rumpf. — Ueber Hypnotismus. Deutsche med. Wochenschr., 1880.

Schneider. — Die physiologische Ursache der hypnotischen Erscheinungen. Leipzig, 1880.

Weinhold. — Hypnotische Versuche. Chemnitz, 1880.

Baumler. — Der sogenannte thierische Magnetismus oder Hypnotismus, in-8. Leipzig, 1881.

Berger. — Ueber das Verhalten der Sinnesorgane im hypnotischen Zustande. Bresl. ärtzliche Zeitschr., n° 7, 1881.

Bourneville et Regnard. — Procédés employés pour déterminer les phénomènes d'hypnotisme. Progrès médical, n° 14-15-16, 1881.

Charcot et Richer. — Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques ; du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Arch. de neurologie, t. II et suiv., 1881.

Danilewsky. — Ueber die Hemmungen der Reflex-und Wilkührbewegungen (Hypnose bei Fröschen). Pflüger's Archiv für die gesammte Physiologie, Bd XXIV, p. 487 et 575, 1881.

Drosdow. — Ueber Hypnotismus. Centralblatt für med. Wissensch., n° 15, 1881.

Dumontpallier. — Action de divers agents physiques dans l'hypnotisme provoqué. Bull. de la Soc. de biologie, 1881.

Dumontpallier et Magnin. — Expériences sur la métalloscopie, l'hypnotisme et la force neurique. Bull. de la Soc. de biologie, 1881.

Féré. — Mouvem. de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques. Progr. médical, n° 53, 1881.

Hack Tuke — Hypnosis recidivus. Journ. of mental science, janv. 1881.

Ladame. — Observations sur les antécédents des hypnotiques et sur les effets de l'hypnotisme. Rev. méd. de la Suisse romande, p. 290, 1881.

Motet. — Accès de somnambulisme spontané et provoqué. Prévention d'outrage, etc. Ann. d'hyg. publ., p. 214, 1881.

Preyer. — Die Entdeckung des Hypnotismus, in-8. Berlin, 1881.

Richet. — Sur l'excitabilité réflexe des muscles dans la première période du somnambulisme. Arch. de physiol., 1881.

Tamburini et Seppilli. — Contribuzione allo studio sperimentale dell'ipnotismo. Rivista sperimentale di freniatria, VII, p. 261, 1881.

Vibert. — De l'hypnotisme au point de vue médico-légal. Ann. d'hyg. publique, n° 35, p. 399, 1881.

Brown-Séquard. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'inhibition et la dynamogénie. Application des connaissances fournies par ces recherches aux phénomènes principaux de l'hypnotisme, de l'extase et du transfert. Gaz. hebdomadaire, 1882.

Charcot. — Note sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation sur les hystéro-épileptiques. Comptes rend. de l'Acad. des sciences, 1882.

Charcot. — Phénomènes qui se manifestent à la suite de l'application du courant galvanique sur la voûte cranienne

pendant la période léthargique de l'hypnotisme chez les hystériques. Bull. de la Soc. de biologio, 1882.

DUMONTPALLIER. — Communications diverses sur les phénomènes de l'hypnotisme chez les hystériques. Soc. de biologie, 1882.

DUMONTPALLIER et MAGNIN. — Hyperexcitabilité neuro-musculaire dans les différentes périodes de l'hypnotisme chez les hystériques. Bull. de la Soc. de biologie, 1882.

GIOVANNI. — Alcune resultanze terapeutiche ottenute mediante l'ipnotismo. Padova, 1882.

GURTLER. - Ueber Veränderungen im Stoffwechsel unter dem Einfluss der Hypnose und bei der Paralysis agitans. Inaugural-Dissertation. Breslau, 1882.

LADAME. — La névrose hypnotique devant la médecine légale. Du viol pendant le sommeil hypnotique. Rapport médico-légal. Ann. d'hyg. publique, n° 6, p. 518, 1882.

RIEGER. — Ueber normale und kataleptische Bewegungen. Archiv für Psychiatrie, Bd XIII. 1882.

TAMBURINI e SEPPILLI. — Seconda contribuzione allo studio sperimentale dell'ipnotismo nelle isteriche. Rivista sperimentale di freniatria, 1883.

BRÉMAUD. — Note sur la production de l'hypnotisme chez des sujets sains de différents âges. Comptes-rendus de la Soc. de biol., 1883.

BRÉMAUD. — De l'état de fascination chez des sujets non malades. Bull. de la Soc. de biologie, 1883.

CHAMBARD. — Etude symptomatologique sur le somnambulisme. Lyon médical, n° 33, 1883.

CHARCOT. — Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques, in-8 avec 5 planches, 1883.

CHARCOT. — Leçons sur les mal. du syst. nerveux, recueil. et publ. par Ch. Féré, t. III, fasc. 1, 1883.

CHARCOT et RICHER. — Note sur certains faits d'automatisme cérébral observés dans l'hystérie pendant la période cataleptique de l'hypnotisme. Suggestion par le sens musculaire. Journal of nervous and mental disease, t. X, n° 1, janvier 1883.

CHARCOT et RICHER. — Diathèse de contracture chez les hystériques. Gaz. des hôpitaux, n° 146, 1883.

DUMONTPALLIER et MAGNIN. — Etude expérimentalo sur la métalloscopie et l'hypnotisme. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1883.

FÉRÉ. — Des hypnotiques hystériques considérés comme sujets d'expérience en médecine mentale. Arch. de neurologie, t. VI, p. 122, 1883.

FISCHER. — Der sogennante Lebensmagnetismus oder Hypnotismus, in-8. Mainz, 1883.

LIÉBEAULT. — Etude sur le zoomagnétisme, in-8. Nancy, 1883.

MAGNIN. — Réflexions générales sur l'hypnotisme ; sensibilité, impressionnabilité et contractures réflexes à l'état de veille et dans les différentes périodes du sommeil provoqué. Gaz. des hôp., 1883.

RICHER. — Contribution à l'étude des phénomènes neuro-musculaires. Paralysie provoquée pendant l'état cataleptique. Comptes rend. de la Soc. de biologie, p. 619. 1883.

RICHER. — Note sur les phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme et sur la méthode à suivre dans les études sur l'hypnotisme. Bull. de la Soc. de biologie, 1883.

RICHET. — Hypnotisme et contracture. Comptes rendus de la Soc. de biologie, p. 663, 1883.

SCHLEICHER. — Nouvelles communications sur l'hypnotisme. Annalse de la Soc. méd. d'Anvers, 1883.

TUKE (HACK). — On the mental condition in hypnotism. The Journal of mental science. Avril 1883.

TUKE (HACK). — Sleep-walking and hypnotism. London, 1883.

BEAUNIS. — Un fait d'hypnotisme. Gaz. méd. de Paris, n° 31, 1884.

BEAUNIS. — Sur deux phénomènes produits pendant le somnambulisme provoqué. Bull. de la Soc. de biologie, 1884.

BÉRILLON. — Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. Thèse de Paris, 1884.

BERNHEIM. — De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, in-8. Paris, 1884.

BOTTEY. — Le magnétisme animal. Paris, 1884.

BRÉMAUD. — Note sur le passage de la léthargie au somnambulisme dans la série hypnotique. Bull. de la Soc. de biologie, 1884.

BRÉMAUD. — Note sur l'état de fascination dans la série hypnotique. Bull. de la soc. de biologie, 1884.

BRÉMAUD. — Provocation du somnambulisme d'emblée (les yeux ouverts). Bull. de la soc. de biologie, 1884.

BRÉMAUD. — Sur l'abolition des suggestions à l'état de veille chez les sujets hypnotisables. Bull. de la soc. de biologie, 1884.

FÉRÉ. — La médecine d'imagination. Progrès médical, 1884.

FÉRÉ et BINET. — Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques. Progrès médical, n° 28, 1884.

FÉRÉ et BINET. — Note sur le somnambulisme partiel et les localisations cérébrales. Bull. de la Soc. de biologie, 1884.

JANET. — De la suggestion dans l'état hypnotique. Rev. polit. et littér., 1884.

LANCEREAUX. — L'hystérie chez l'homme; contractures, hypnotisation. Gaz. des hôpitaux, n° 92, 1884.

MAGNIN. — Etude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme

de quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques. In-8°. Paris, 1884.

PITRES. — Des suggestions hypnotiques (leçons recueillies par Davezac). Bordeaux, 1884.

RICHER (Ch.). — A propos de la suggestion mentale. Bull. de la Soc. de biologie, 1884.

RICHET (Ch.). — L'homme et l'intelligence. Paris, 1884.

RICHER et GILLES (de la Tourette). — Note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales (paralysies par suggestion). Prog. méd. n° 13, 1884.

WIEBE. — Einige Fälle von therapeutischer Anwendung des hypnotismus. Berl. Rhin. Wochenschr, n° 3, 1884.

BOURRU et BUROT. — Des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie chez deux hystéro-épileptiques. Association française. Congrès de Grenoble, 1885.

DANILEWSKY. — Zur physiologie des thierischen hypnotismus. Centralbl. fur med. Wissensch., mars 1885.

DEBOVE et FLAMAND. — Recherches expérimentales sur l'hystérie au moyen de la suggestion hypnotique. Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 14 août 1885.

DUMONTPALLIER. — Action vaso-motrice de la suggestion chez les hystériques. Bull. de la Soc. de biologie, 17 octobre 1885.

FERRAND. — De la suggestion dans l'hypnose, Paris 1885.

HANS KAANE — Ueber Beziehungen zwischen Hypnotismus und cerebrale Blutfüllung. Wiesbaden, 1885.

MABILLE. — Note sur les hémorrhagies cutanées par auto-suggestion dans le somnambulisme provoqué. Progrès médical, 1885.

PITRES. — Des zones hystérogènes et hypnogènes, des attaques de sommeil. (Leçons recueillies par Davezac). Bordeaux 1885.

SEPPILLI. — I fenomeni di suggestione nel sonno ipnotico e nella veglia. Rivista sperim. di freniatria, 1885.

VOISIN (Auguste). — De l'hypnotisme employé comme traitement de l'alién. mentale, et de la suggestion chez les aliénés et les nerveux. Association française. Congrès de Grenoble, 1885.

BEAUNIS. — Etudes physiologiques et psychologiques sur le somnambulisme provoqué, in-8, Paris, 1886.

CULLERE. — Magnétisme et hypnotisme. Paris. 1886.

PITRES et GAUBE. — Revue générale sur l'hypnotisme. Rev. des sc. méd., 15 janv. 1886.